Nr. 7. 14. lutego 1932 Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

Doc. Dr. Henryk HILAROWICZ, adjunkt kliniki. Lwów.

Zagadnienia nowoczesnej techniki uśmierzania bólu w czasie operacyj chirurgicznych.

(Z uwzględnieniem materjału kliniki za czas 1920—1931).

Z kliniki chirurgicznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm.

(Dokończenie).

Jakkolwiek zalety środków narkotycznych oddechowych są bardzo wielkie — uwaga chirurgów skupia się w ostatnich latach dokoła różnych środków ogólno-narkotycznych pozapłucnych czyli parapulmonalnych[1]), których głównem zadaniem jest obok zaoszczędzenia narkotyku oddechowego wyłączenie urazu psychicznego. Uśpienie ogólne drogą pozapłucną nie jest rzeczą nową, a datuje się już od r. 1872. W rozwoju swym przeszło dwa okresy, a to dawniejszy, obejmujący takie próby jak dożylne wlewanie rozczynów chloroformu, eteru, izopralu, hedonalu (Butkiewicz), lub też eteru, izopralu do odbytnicy — sposoby, które nie przyjęły się ze względu na wielkie stosunkowo niebezpieczeństwo oraz nowszy, który rozpoczął się od wprowadzenia przez pewien czas bardzo modnych środków do uśpienia śróddżylnego, głównie pokrewnych weronalowi, jak somnifen, pernokton, numal. Z chwilą wprowadzenia tych środków weszło uśpienie pozapłucne w okres rozpatrywania kwestji: narkoza pełna czy narkoza podstawowa"? O ile z początku przeważała chęć uzyskania narkozy pełnej, t. j. bez dodatku eteru, a autorzy uważali za zaletę swych statystyk, jeżeli zawierały one wielki odsetek pełnych narkoz, o tyle w miarę poznawania niebezpieczeństw takiego uśpienia i opisywania zejść śmiertelnych, nastąpiło ochłodzenie i wziął górę słuszny pogląd, iż niebezpieczeństw tych można uniknąć przez stosowanie tylko t. zw. uśpienia podstawowego *(„Basisnarkose")*, do którego dodaje się tylko w miarę potrzeby narkozy inhalacyjnej. Stroną ujemną każdego uśpienia drogą pozapłucną w porównaniu z inhalacyjną jest to, że środki wprowadzone raz do ustroju nie dają się z niego jako nielotne szybko i dowolnie usunąć, a jeżeli ilość potrzebna do pełnej narkozy była w danym wypadku dla ustroju zbyt wielką, przychodzi do zatrucia nieraz śmiertelnego, wobec którego jesteśmy bezsilni. Natomiast uśpienie inhalacyjne daje się „sterować" t. j. pogłębiać lub czynić płytszem zależnie od potrzeby, a to dzięki wielkiej lotności narkotyków szybko opuszczających ustrój przez płuca. Uśpienie podstawowe polega na wprowadzeniu pewnej „nieruchomej" ilości narkotyku do ustroju drogą pozapłucną, pozostającej daleko poniżej granicy niebezpieczeństwa, którą dopełnia się drogą oddechową narkotykiem lotnym aż do narkozy pełnej, dającej się wówczas łatwo „sterować"; jest więc to znieczulenie kombinowane, (p. n.) przy którem zapomocą pierwszego środka stwarza się tylko większą wrażliwość na następny, działając kojąco na wielkie ośrodki asocjacyjne w płatach czołowych i skroniowych (Pick) oraz istniejący według Economo w trzonie mózgu ośrodek regulacji snu. Na Klinice Lwowskiej używaliśmy do takiej narkozy podstawowej somnifenu w l. 1928—29, łącząc go z uretanem i siarczanem magnezu; wstrzykując dożylnie 2—4.4 cm^3 takiej mieszaniny uzyskaliśmy doskonałe narkozy podstawowe, przyczem konieczny do pogłębienia ich dodatek eteru był nawet przy wielkich zabiegach nieznaczny, nieraz minimalny. (Hilarowicz i Szajna, Pol. Gaz. Lek. 1929, 24, Narkose u. Anaesthesie 1929, 12.). Somnifenu, którego wadą jest jednak pooperacyjne podniecenie, i dzisiaj używamy w niektórych przypadkach z powodzeniem, przyczem daje on się dobrze kombinować i ze znieczuleniem miejscowem. Podobnym środkiem jest podany przez Bumma *pernocton;* jak przy somnifenie tak i tu bezpieczeństwo zależy od dawki i zrezygnowania z narkozy pełnej pozapłucnej (5 przypadków śmierci po tak użytym pernoktanie!).

Wielkim postępem na polu uśpienia pozapłucnego jest wprowadzenie awertyny, która posiada już swoje oddzielne, olbrzymie piśmiennictwo. Zalety uśpienia drogą odbytnicy ocenił już w r. 1911. Mertens, polecając do tego celu izopral i wymieniając jako zalety takiego uśpienia łatwą technikę, oszczędność narkotyku i ochronę psychiczną chorego; środek ten jakkolwiek polecany jeszcze w r. 1927. nie przyjął się podobnie jak podawanie emulsji eterowo-oliwnej przez odbytnicę (Gwathmey, Feliga), lub paradelhydu (Wiethold). Dopiero wprowadzenie awertyny zapoczątkowało nową erę usypiania przez odbytnicę. Awertyna jest alkoholem trójbromo-etylowym, stworzonym przez Willstädtera i Duisberga zrazu pod nazwą fabryczną E 107, a stosuje się ją do lewatywy nasennej w roztworze 2.5—3% w ilości około 0.1 g na 1 kg wagi ciała. Już po krótkim czasie nauczono się unikać niebezpieczeństw, spowodowanych działaniem rozłożonego preparatu na błonę śluzową przez odpowiednie przygotowanie roztworu, t. j. nieprzekraczanie ciepłoty 40° C oraz kontrolowanie odczynu czerwienią kongo; to też po r. 1928. uszkodzeń błony śluzowej kiszki nie spostrzegano. Kwestja stężenia nie odgrywa większej roli a i przeciwwskazania sprecyzowano dość dokładnie, unikając z jednej strony schorzeń narządów miąższowych zwłaszcza wątroby, z drugiej stanów zmniejszenia powierzchni oddechowej, chorób krwi, zaburzeń przemiany materji oraz schorzeń samej odbytnicy. Nierozstrzygniętą jeszcze pozostaje kwestja dawkowania oraz związane z tem pytanie zasadnicze: narkoza pełna czy podstawowa? Wśród różnych skrajnych i kompromisowych zapatrywań przeważa jednak obecnie, jak to się tyczy zresztą wszelkich narkotyków pozapłucnych, pogląd, iż awertyny należy używać wyłącznie do uśpienia podstawowego, przyczem nie można trzymać się szablonowego obliczenia na kg wagi, lecz uwzględniać wiele czynników, jak płeć, wiek, budowa i typ ciała, oraz inne mniej uchwytne jak wrażliwość względem narkotyków, zdolność zasypiania i. i. Znajomość tychże jest podstawą t. zw. postępowania indywidualnego (Domanig, Anschütz i Specht), przy którem pomocne są specjalne tablice do obliczania odpowiedniej dawki; wahania dawek takich są mimo jednakowej wagi ciała dość znaczne. Inni kierują się tylko doświadczeniem i wyczuciem (Nordmann). Wspomnieć należy o próbach „sterowania" uśpienia awertynowego zapomocą podawania w ciągu tegoż tyroksyny (Pribram), cukru gronowego i insuliny, które jeszcze nie wyszły jednak z okresu doświadczenia. Wreszcie Kirschner stosuje awertynę dożylnie dla celów narkozy podstawowej. W Klinice Lwowskiej zastosowaliśmy awertynę stosunkowo późno ze względu na to, iż w Polsce trudno było ją zrazu otrzymać a dotyczący materjał nasz i obecnie nie jest zbyt obfity, gdyż w wyborze sposobu znieczulenia postępujemy bardzo indywidualnie, stosując awertynę tylko wtedy, gdy przedstawia ona szczególne korzyści w porównaniu z innemi sposobami. Temi są 1) zaoszczędzenie eteru o ile chodzi o operacje długie, nie nadające się do znieczulenia miejscowego, przy których musimy uniknąć dużej dawki eteru ze względu na stan chorego, 2) ułatwienie znieczulenia miejscowego, samego przez się bolesnego i nie zawsze zupełnego, a koniecznego ze względu na trudności usypiania eterem jak np. przy wielkich zabiegach na szczękach, języku, szyi; w razach tych podstawa awertynowa jest wprost dobrodziejstwem dla chorego, który obojętnie znosi znieczulanie tych części i nie reaguje nawet przy znieczuleniu niezupełnem; dawka awertyny musi oczywiście być tak dobraną, aby odruch wykrztuśny był zachowany — o ile chodzi o zabiegi połączone z krwotokiem w zakresie jamy ustnej, 3) wyłączenie urazu psychicznego u chorych szczególnie wrażliwych; główne wskazanie stanowi tu choroba Basedowa, przy której obawa przed operacją oraz samo znieczulanie miejscowe, zwłaszcza o ile z powodu nieużywania adrenaliny nieco zawiedzie, stanowią uraz bardzo ciężki, pozostający niewątpliwie w związku z pooperacyjnem zejściem śmiertelnem; wykonanie zabiegu bez uprzedzenia chorego i oszczędzenie mu powyższego urazu psychicznego jest, jak mogliśmy się kilkakrotnie przekonać, nadzwyczaj polecenia godnem. Wyniki nasze uśpienia awertynowego przedstawione w części II. są jak dotąd bardzo zachęcające.

Rozwój różnych sposobów znieczulania ogólnego a zwłaszcza wspomniana dążność do zniesienia urazu psychicznego zmniejszyły niewątpliwie znaczenie znieczulania miejscowego. Osłabła przedewszystkiem chęć rozszerzania granic technicznych tegoż. Klasycz-

[1]) Termin użyty po raz pierwszy przez autora na wzór słowa „parenteralny".

nym przykładem ewolucji tych zapatrywań jest znieczulenie rdzeniowe; granice jego zakreślone w swoim czasie przez Jonnescu aż po szyję, kurczą się obecnie coraz więcej do obszarów, gwarantujących zupełne bezpieczeństwo, a zwolenników t. zw. znieczulenia rdzeniowego wysokiego jest coraz mniej. Hasło Kulenkampfa „Precz od kręgosłupa", zwycięża coraz wyraźniej. Ostatnią próbą rozszerzenia granic znieczulenia rdzeniowego jest znieczulenie rdzeniowe zapomocą *spinocainy* Pitkina, mieszaniny preparatu nowokainowego ze strychniną, wodnikiem etylu, celem zmniejszenia ciężaru gatunkowego oraz amyloprolaminą dla zwolnienia wsysania; sposób może pomysłowy ale bardzo złożony, a wobec opisanych już wypadków śmierci bynajmniej nie zachęcający. Jak wynika z podanych niżej dat statystycznych naszej kliniki, nie posuwaliśmy się przy znieczuleniu rdzeniowem prawie nigdy poza granicę pępka, ograniczając je w ostatnich czasach prawie wyłącznie do kończyn dolnych; staraliśmy się natomiast o ulepszenie farmakologiczne znieczulenia celem zapewnienia chorym większego bezpieczeństwa, a to przez wprowadzenie dodatku chlorku potasu do nowokainy (Hilarowicz i Szajna Polska Gazeta Lekarska 1929. 5. Zeitschrift f. exp. und Ther. 1929. T. 64. z. 3 i 4, z. 5 i 6) oraz zastosowanie perkainy.

Rozszerzenie granic farmakologicznych znieczulenia miejscowego przez stworzenie nowych, mających zastąpić dotychczasowe, środków znieczulających miejscowo jest przedmiotem usilnej pracy. Wśród nowowprowadzonych środków, które miały przewyższyć nowokainę, wyróżnia się po krótkim żywocie tutokainy (Schlemann), odkryta przez Mieschera perkaina. Jako pochodna chininy różni się swym składem od większości środków znieczulających a odznacza cennemi własnościami, jak bardzo długiem trwaniem znieczulenia, działaniem w bardzo wielkich rozcieńczeniach, silnem powinowactwem do błon śluzowych, trwałością rozczynów i własnościami odkażającemi. Ze względu na te cechy byłaby perkaina środkiem idealnym, gdyby nie jej wielka jadowitość oraz działanie uszkadzające na tkanki. Próby, które przedsięwzięliśmy na Klinice Lwowskiej są naogół pomyślne, z tem jednak, że w myśl ogólnej zasady indywidualizacji środków znieczulających — nadaje się perkaina głównie do niektórych rodzajów znieczulenia — do których należą znieczulenie nerwów trzewnych i wszelkie znieczulenia śródotrzewnowe (jak Brauna, Finsterera) oraz rdzeniowe, oczywiście nie wysokie. (Hilarowicz i Sowiakowski, Hilarowicz i Bieliński, Polska Gazeta Lekarska). Wartość perkainy, jako środka znieczulającego, udało nam się jeszcze znacznie zwiększyć przez dodatek jonów potasu, jak to wykazaliśmy doświadczalnie (Hilarowicz i Bieliński Zbl. f. chir. 1931, 18., Pol. Gaz. Lek. 1931, 17). Należy wspomnieć, że po perkainie pojawiło się wiele jeszcze innych, nowych środków miejscowo-znieczulających, jak preparat H, preparat 1322, preparat F 147 *(pantesina)* oraz bardzo polecana pantokaina. W związku z wzrostem ilości powyższych różnych nowych środków, pojawiło się dążenie do cyfrowego sformułowania ich wartości, co najlepiej określa formuła Kochmanna ujmująca „wartość" środka znieczulającego miejscowo (w), jako iloraz z dawki śmiertelnej minimalnej (l) i najsłabszego stężenia, które jeszcze działa znieczulająco (k) ($W = \frac{l}{k}$); im cyfra ta jest większą, t. j. im l większe a k mniejsze, tem środek jest lepszy. Dla wyżej wymienionej mieszaniny perkainy z solami potasu cyfra ta wzrasta znacznie. Takie matematyczne określanie wartości środka znieczulającego, które jak dotąd dla nowokainy wypada najkorzystniej, nie jest ścisłem wobec różnorodności sposobów znieczulenia, tak, że właściwie dla każdego z nich należałoby obliczyć osobną wartość. Wyniki badań doświadczalnych przeprowadzonych na naszej klinice (Hilarowicz i Bieliński P. Prz. Chir. X. 1931.) w tym kierunku streszczają się w zasadzie, że im jakiś środek znieczula silniej elementy nerwowe obwodowe, tem jest on i niebezpieczniejszy w razie zetknięcia się z ośrodkami życiowemi w IV. komorze nawet przy małej jego jadowitości, określonej z injekcji podskórnej, śródmięśniowej, a nawet do pewnego stopnia i śródżylnej! Myśl o środku, któryby znieczulał świetnie elementy obwodowe a nie znieczulał czyli nie porażał ośrodków w IV. komorze jest, jak sądzić z powyższego można, utopją. Właściwa droga znieczulenia miejscowego biegnie nie ku nowym, silnie znieczulającym miejscowo środkom, lecz ku zabezpieczeniu chorego przed działaniem na owe ośrodki przez odnośną technikę oraz wskazania!

Uskuteczniliśmy krótki przegląd naszego współczesnego arsenału środków i sposobów uśmierzania bólu przy operacjach chirurgicznych. Bogaty materjał naszej kliniki z lat jedenastu, jakkolwiek brak w nim niektórych z wymienionych metod, głównie narkoz gazowych pozwala nam na ustalenie następujących ogólnych zasad, które kierują nami w wyborze najodpowiedniejszej dla danego przypadku metody.

O wyborze rozstrzygają:

1) Własności poszczególnych środków i metod, a mianowicie ich działanie szkodliwe na pojedyńcze narządy i czynności ustroju oraz skala ich zastosowania, t. j. stopień znieczulenia, jaki dla rozmaitych odcinków i okolic ciała może być osiągnięty, oraz szczególne korzyści zapewniane przez pojedyńcze metody.

2) Własności osobnicze chorego i jego choroby w każdym przypadku oddzielnie a mianowicie wiek, płeć, konstytucja, stan ogólny, rodzaj choroby i jej okres rozwoju a co najważniejsze charakter zamierzonej operacji i wielkość oraz rodzaj urazu zadanego przez sam zabieg.

Wybór powyższy musi być tak uskuteczniony, aby uzyskać *maximum* korzyści i bezpieczeństwa a więc *optimum* dla chorego. Osiągnąć to możemy przez:

1) Techniczne dostosowanie metody do potrzeb zamierzonej operacji; należą tu względy: jak zwiotczenie powłok brzusznych lub mięśni, bezkrwistość pola operacyjnego, dostęp do ust i nosa, konieczność współdziałania chorego w czasie zabiegu, odżywienie płatów skórnych, możliwość rozszerzenia zakażenia lub nowotworu przy znieczuleniu miejsc. i w. i.

2) Zwracanie bacznej uwagi aby działanie farmakologiczne zastosowanego środka, które jest dla różnych środków różnem, nie sumowało się o ile możności z istniejącym już lub spowodowanym przez sam zabieg operacyjny stanem osłabienia pewnych narządów lub ich czynności. Pod tym względem rozstrzygają przeciwwskazania poszczególnych metod, które muszą być dobrze znane i ściśle przestrzegane. Jako przykłady mogą posłużyć eter, którego będziemy unikać przy istniejących już schorzeniach dróg oddechowych, awertyna — przeciwwskazana przy schorzeniach lub operacjach wątrobowych, znieczulenie miejscowe przez napojenie przy zaburzeniach odżywiania. W tym celu winniśmy ograniczyć używanie narkotyków ogólnych zawierających halogeny, a chloroform usunąć najlepiej zupełnie, starać się o skrócenie działania ich na ustrój oraz szanować i chronić te narządy, które działają odtruwająco i wydalająco, przedewszystkiem wątrobę i nerki.

3) Rozstrzygnięcie w każdym wypadku pytania czy korzystniejszą jest dla chorego ochrona ciała czy duszy, *„soma* czy *psyche"*. Zasadniczo ochrona somatyczna powinna iść przed duchową t. zn. że nigdy ochrona psychiczna nie może być choremu zapewnioną kosztem szkody cielesnej; o ile jednak szkody tej niema, u chorych wrażliwych należy zwracać uwagę na stronę psychiczną. Szczególnie ważne miejsce zajmuje tu choroba Basedowa, gdzie niema lepszego sposobu szanowania *soma* jak właśnie ochrona *psyche!*

Zadanie wymienione powyżej jako punkt trzeci wiąże się ściśle z kwestją wyboru pomiędzy znieczuleniem ogólnem a miejscowem, najważniejszą i najczęstszą pod względem praktycznym. Odgraniczanie jednego od drugiego w postaci stanowiska radykalnego za tem lub za owem, spotykanego jeszcze przed niewielu laty jest dziś przestarzałem i nie wchodzi w rachubę! Obydwa rodzaje mają swoje zalety i wady i nie powinny konkurować lub zastępować się wedle gustu lub zręczności chirurga lecz uzupełniać się wzajemnie w swych słabych punktach.

Jakie są te zalety i słabostki?

Znieczulenie miejscowe pozwala uniknąć narkozy ogólnej z jej ujemnemi stronami, ale samo nie jest wolne od dużych niebezpieczeństw, o ile jest forsowane jak np. przy znieczuleniu rdzeniowem, przykręgowem. Uszkadza w pewnych warunkach odżywienie tkanek, może propagować zakażenie lub nowotwór przy nieostrożnem użyciu; wymaga nieraz złożonej i trudnej do opanowania techniki. Nie oszczędza *psyche* chorego i to jest powodem, że mimo doskonałej techniki jest czasem niezupełnem; z tego względu nie nadaje się naogół dla dzieci. Wyjątkowo jednakże powoduje właśnie uspokojenie psychiczne chorego, jeżeli tenże boi się uśpienia ogólnego, a jest niezbyt wrażliwy na ból. Zgodnie z tem stanowisko radykalne w kierunku rozszerzenia granic znieczulenia miejscowego na, o ile możności, wszystkie zabiegi, dające się odczuć silnie w pierwszych latach powojennych jest błędnem. Cyfry statystyczne naszej kliniki wykazują, że jakkolwiek w latach tych wykonywaliśmy więcej zabiegów w znieczuleniu miejscowem, jak obecnie, to jednak stanowisko nasze było umiarkowane. (p. cz. II).

Natomiast znieczulenie ogólne uwzględnia przedewszystkiem przeżycia duchowe chorego; dozwala na osiągnięcie zupełnego zwiotczenia mięśni i przedstawia dzięki swej ogólności szereg korzyści, wskutek czego zakres jego zastosowania jest większy; technika jest naogół więcej dostępna i łatwiejsza. Za to ma znieczulenie ogólne pewne strony ujemne, omówione powyżej, głównie

wielką jadowitość najczęściej używanych i najłatwiej dostępnych środków t. j. chloroformu a również i eteru, bardzo małą jednak przy użyciu gazów.

Osiągnięcie zalet a unikanie wad obydwu sposobów znieczulenia t. j. ogólnego i miejscowego, daje się dość łatwo uzyskać przez kombinację różnych metod, tak dobranych, aby suma pojedyńczych składników stanowiła *optimum* korzyści dla chorego. Nie chodzi tu o zwiększenie efektu ogólnego, gdyż można to uzyskać i pojedyńczym środkiem lecz o *minimum* szkody dla ustroju, przyczem suma działania musi dać w rezultacie wystarczające znieczulenie, podczas gdy działanie szkodliwe pojedyńczych składników nie powinno się sumować. Uzyskać to można przez rozmaitość punktów zaczepienia pojedyńczych składników kombinacji.

Najważniejszą tego rodzaju metodą jest kombinacja wyżej omówionych środków pozapłucnych z narkozą oddechową lub ze znieczuleniem miejscowem.

Środek pozapłucny, użyty w takim celu, stanowi wówczas znieczulenie podstawowe *„praenarcoticum"*, którego zadaniem jest wprowadzić chorego w stan większej wrażliwości na działanie środka następnego tak, że początek narkozy oddechowej lub też ból spowodowany samem znieczulaniem miejscowem nie zostają wogóle odczute. Na zalety takiej kombinacji zwróciliśmy uwagę już wyżej, a są niemi przedewszystkiem oszczędności narkotyku oddechowego i nadzwyczajna łatwość sterowania narkozy ogólnej, przy znieczuleniu miejscowem zaś ogromne ułatwienie w wykonaniu znieczulenia oraz wystarczalność znieczulenia, które bez podstawy pozapłucnej ogólnej nie dozwoliłoby na wykonanie zabiegu! Znaczenie takie mają po części już dawniej stosowane prenarkotyki, jak morfina i morfina-skopolamina; w szerszym jednak zakresie umożliwiają znieczulenie kombinowane środki pozapłucne nowoczesne, zwłaszcza awertyna. Oczywiście nie wolno nam kumulować środków o równoczesnem, jednakowem, ujemnem działaniu, głównie na ośrodki oddechowe, jak n. p. awertyny z morfiną lub pernoktonem, gdyż suma działania może być zgubną; natomiast chętnie dodajemy środki przeciwdziałające ubocznym skutkom, do których należy w ostatnich czasach polecana efetonina, zwłaszcza w kombinacji morfiny-skopolaminy-efetoniny, jako *praenarcoticum* przed uśpieniem gazowem zapomocą N_2O. Sprawę dodatków do płynów znieczulających przy znieczulaniu rdzeniowem, przeciwdziałających porażeniu ośrodków oddechowych, opracowaliśmy w swoim czasie (Hilarowicz i Szajna. l. c.).

Mówiąc o narkozie kombinacyjnej z N_2O należy jeszcze podnieść, że użycie podstawy pozapłucnej umożliwia tu zwiększenie % tlenu, co nietylko nie usposabia do sinicy, ale w wysokim stopniu przeciwdziała jej i ułatwia narkozę! Zwłaszcza kombinacja N_2O z awertyną bywa uważaną za idealną ze względu na to, iż N_2O szanuje *soma*, a awertyna duszę, pierwszy wydziela się szybko, druga powoli, tak że działanie ich dopełnia się w znakomity sposób. Również doskonałą jest kombinacja N_2O ze znieczuleniem miejscowem w tych razach, gdy eteru dodać nie można, a samo znieczulenie nie wystarcza. O wielkiej wartości kombinacji awertyny ze znieczuleniem miejscowem wspomnieliśmy już wyżej. Wreszcie wśród samego znieczulenia miejscowego stosujemy nieraz zasadę łączenia środków lub sposobów — np. jak to stosuje się w Klinice Lwowskiej, perkainy z nowokainą, znieczulenia rdzeniowego z nadoponowem (według sposobu Rodzińskiego). Zarzut któryby można postawić różnym metodom kombinowanym, a mianowicie, że są one zbyt złożone i że lepiej i prościej byłoby poprostu kapać np. chloroform — zbić łatwo poprostu tem, że są to metody dla chorego najbezpieczniejsze!

Jak się przedstawia sprawa przedstawionych tu własności znieczulenia ogólnego, miejscowego oraz różnego rodzaju kombinacyj w praktyce?

Chloroform powinien z powodu wyżej przytoczonych przyczyn być zarzucony zupełnie; w statystyce kliniki naszej nie widać go już od wielu lat zupełnie!

Narkoza eterowa musi być, wobec trudności w uzyskaniu N_2O i odpowiedniej aparatury, w naszym kraju podstawowym i głównym sposobem uśpienia ogólnego, oddechowego oczywiście z uwzględnieniem opisanych ulepszeń, między innemi maski Ombrédanne'a. Z tego powodu koniecznem jest szkolenie młodych lekarzy w narkozie eterowej, niestety z powodu rozwoju i istniejącej w swoim czasie przewagi znieczulenia miejscowego bardzo zaniedbane! Ponieważ działanie szkodliwe eteru zależy od jego ilości, przeto nadaje się on jako czyste uśpienie eterowe do wszelkich operacyj krótkich, przy których niema doń przeciwwskazania a zależy na wyłączeniu *psyche*, zwłaszcza gdy odnośne znieczulenie przedstawia trudności lub jest przeciwwskazane! Przykład stanowi wyjęta z naszej statystyki apendektomja, zabieg wykonywany przeważnie u osób młodych, zresztą zdrowych, którą z nielicznemi wyjątkami wykonywaliśmy w narkozie eterowej, rezerwując znieczulenie miejscowe do wyjątkowych wypadków, lub repozycja krwawa zwichnięcia w stawie łokciowym, dla której znieczulenie miejscowe splotu barkowego, jak nas pouczyło doświadczenie, nie zawsze nadaje się. Przy zabiegach dłuższych, gdzie samo znieczulenie miejscowe nie wystarcza lub nie nadaje się, a gdzie dawka eteru musiałaby być większa, musimy starać się o uniknięcie lub też znaczne ograniczenie wprowadzenia tego narkotyku. Osiągamy to obecnie przez kombinację narkozy pozapłucnej podstawowej z eterem lub znieczuleniem miejscowem, zależnie od tego, przy którem osiągamy większe korzyści; wybitna dążność ku temu daje się zaznaczyć w naszym materjale przy porównaniu ostatnich dwu lat z okresem poprzednim. Przykładem są np. choroba Basedowa, wielkie operacje w zakresie szyi, szczęk etc. przy których najkorzystniejszą okazała się kombinacja awertyny ze znieczuleniem miejscowem, lub wielkie zabiegi jak wyłuszczenie wielkich guzów, wyłuszczenia w stanie barkowym, odjęcie międzyłopatkowo-piersiowe etc., gdzie obecnie rezygnujemy nieraz ze znieczulenia miejscowego na korzyść kombinacji awertyny z eterem.

Kłopot sprawiają niektóre wypadki, w których równoczesne schorzenia narządu krążenia lub wyniszczające choroby uniemożliwiają użycie eteru, chloretylu lub awertyny, a samo znieczulenie miejscowe nie wystarcza, w razach tych bywa polecaną jako najlepsza kombinacja, gaz rozweselający w połączeniu z znieczuleniem miejscowem powłok — gdyż przedewszystkiem chodzi tu o laparotomje. Nie posiadając N_2O, używaliśmy w takich przypadkach kombinacji znieczulenia powłok z małą dawką somnifenu oraz ostrożnem uśpieniem zapomocą maski Ombrédanne'a, niejednokrotnie z dobrym wynikiem.

Jak zaznaczono, dla użycia narkozy ogólnej jest miarodajnem wyłączenie strony psychicznej oraz korzyści, osiągnięte w porównaniu ze znieczuleniem miejscowem. Jeżeli ochrona psychiczna nie jest konieczną a znieczulenie miejscowe zapewnia zupełną bezbolesność, wreszcie o ile zachodzą przeciwwskazania do uśpienia ogólnego, jakiem rozporządzamy w danej chwili — wówczas znieczulenie miejscowe zyskuje pełne prawa. Stosujemy ją więc znowu tylko tam, gdzie daje *maximum* korzyści i *optimum* dla chorego, nie forsując go jednak nigdy, by nie przekroczyć granic absolutnego bezpieczeństwa. Przykładem tej zasady jest znieczulenie rdzeniowe, które przedstawia całą skalę wskazań i niebezpieczeństw; użyte do wysokości pachwin, a w każdym razie nie wyżej pępka, daje gwarancję pełnego bezpieczeństwa, a zapewnia wielkie korzyści tam, gdzie chcemy uniknąć uśpienia ogólnego (np. gruźlica kolana, stopy, amputacje u ludzi starych, rak odbytnicy). Apendektomja wymaga dla znieczulenia rdzeniowego już znaczniejszej wysokości zadziałania środka w kanale oponowym, co pozostaje pod względem bezpieczeństwa daleko za zwykłą narkozą eterową, kroplową! Tyczy się to operacji żołądkowych w daleko większym jeszcze stopniu; ponieważ jednak ze względu na długość trwania operacji jest tu znieczulenie ogólne, zwłaszcza eterowe niewskazane, a posiadamy znakomite sposoby znieczulania miejscowego w postaci znieczulenia n. trzewnych Kappisa-Roussiele'a i Brauna, sposobu Finsterera — wykonujemy je od lat 11-stu zawsze w znieczuleniu takiem, nie stosując nigdy znieczulenia rdzeniowego! Używanie znieczulenia rdzeniowego do operacji w zakresie górnej części jamy brzusznej może jeszcze pozostawać kwestją sporną, zależąc do pewnego stopnia od gustu i techniki; posuwanie się wyżej uważać należy za wykraczanie przeciw kardynalnym zasadom bezpieczeństwa chorego! Przykładów tego rodzaju, przy których znieczulenia miejscowego unikamy rozmyślnie, możnaby przytoczyć wiele; w niektórych razach kombinujemy je chętnie z uśpieniem podstawowem w celu zmniejszenia dawki znieczulającego środka lub rozległości znieczulenia. Naturalnie pozostaje mnóstwo przypadków, w których znieczulenie miejscowe czyste zapewnia nam nieocenione korzyści.

Przykłady powyższe nie wyczerpują nawet w słabym stopniu ogromu rozległości omawianej tu sprawy, zwłaszcza o ileby chodziło o różne specjalne gałęzie techniki operacyjnej jak np. operacje urologiczne, laryngologiczne, ginekologiczne i. i. Objaśniają one jednak najważniejszą dziś dla nas zasadę indywidualizacji i ścisłego dostosowania metody uśmierzenia bólu do celów operacji, w celu osiągnięcia *maximum* korzyści dla chorego; bogaty a przedstawiony wyżej arsenał środków umożliwia to w wysokim stopniu.

Wszelkie odstępstwa od tej wytycznej zasady, wszelkie uogólnianie i upieranie się przy jednym środku lub metodzie w celu rozszerzenia go poza właściwe mu granice bezpieczeństwa, należy uważać za zboczenie z prostej drogi nowoczesnej chirurgji.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Jan ROSS, Asyst. Szkoły Położnych. Lwów.

Przedziurawienie macicy.

Na podstawie materjału chorych Odziału Położn.-Ginek za okres ostatnich 20 lat.

Z Oddziału położn.-gin. Państw. Szpitala powszechnego we Lwowie. Prymarjusz: Prof. Dr. A. Sołowij.

W przeciwieństwie do wielkiej ilości przypadków przebicia macicy, opisywanych kazuistycznie, zaznacza się w piśmiennictwie niedostateczne opracowanie tego tematu z punktu widzenia zbiorowych statystyk, opartych na większym materjale poszczególnych zakładów za dłuższy okres czasu. Brak ten nietylko daje się zauważyć u nas, lecz także w piśmiennictwie obcem, jak w Niemczech, gdzie dotychczasowy materjał statystyczny nie odzwierciedla stanu faktycznego tego powikłania, gdyż obok wyraźnych luk, często opiera się na materjale różnorodnym tak, że obok grupy przypadków pochodzących z danych zakładów za pewien okres czasu, można znaleść przypadki kazuistyczne. Wstrzemięźliwość zakładów w opracowaniu większego materjału, z drugiej strony jego niejednolitość, z natury rzeczy musi prowadzić do fałszywych wniosków, gdy idzie o ocenę całości zagadnienia.

Niezrozumiałem wydaje się stanowisko tych autorów, którzy na podstawie oceny pojedyńczych przypadków wyciągają daleko idące wnioski, tyczące się postępowania czy też rokowania. Nic też dziwnego, że zapatrywania na sprawę przedziurawienia macicy, gdy idzie o częstość występowania, przyczyny i następstwa, są dalekie od uzgodnienia. Miarą różnicy poglądów, gdy idzie o częstość tego powikłania, może być zdanie Liepmanna, wedle którego ilość przypadków przedziurawienia macicy, jaką rozporządza statystyka, należałoby pomnożyć przez 100 a nawet 1000, gdyby uwzględniło się materjał z klinik i zakładów anatomo-patologicznych, lub też miało się wgląd w sumienia lekarzy.

Że przebicia macicy w związku z wyłyżeczkowaniem zdarzają się częściej, niż się to powszechnie przyjmuje, tego dowodzą statystyki poszczególnych zakładów, gdzie powikłania te zdarzają się w stosunkowo dużym procencie. I tak w klinice Zangemeistra w Marburgu za okres lat 14 (od 1911—1924) na 2742 wyłyżeczkowań zanotowano 67 przyp. zupełnego przebicia macicy.

Zanim przejdę do oceny naszego materjału statystycznego, chciałbym zwrócić w krótkości uwagę na sposób, w jaki powstają przedziurawienia, na umiejscowienie ich i charakter oraz warunki, które usposabiają do przebicia. Zabiegi podjęte na macicy ciężarnej, ze względu na rozpulchnienie mięśnia są więcej niebezpieczne niż w stanach poza ciążą. Ponieważ najczęściej przystępujemy do opróżniania macicy w związku z poronieniem, więc największa ilość przypadków przebić macicy przypada na poronienie. Przebicia macicy dokonane w zabiegach ginekologicznych, podjętych w celach leczniczych lub rozpoznawczych, są rzadsze z powodu większej oporności mięśnia i dają lepszą prognozę.

Z narzędzi dziurawiących macicę w grę wchodzić może sonda, łyżeczka, rozszerzadła Hegara i kleszczyki Wintera.

Tam, gdzie panuje zwyczaj usuwania resztek jaja płodowego palcem, przypadki przedziurawienia są rzadsze. Wedle Heynemanna ilość przebić macicy palcem wynosi 3% wszystkich obrażeń, reszta przypada na narzędzia.

Wedle statystyki największą ilość perforacyj należy odnieść do łyżeczki, dalej do kleszczyków Wintera, najmniej do rozszerzadeł Hegara. Na 322 przypadków perforacyj, zebranych przez Frommego, największa liczba przypada na łyżeczki, bo w 193 przypadkach t. j. 60%, 35 razy na rozszerzadła, 41 na kleszczyki Wintera.

Co do umiejscowienia przedziurawień, to te najczęściej znajdują się w trzonie. Gdy macica jest w przodozgięciu, ulega obrażeniu tylna ściana, w wypadkach tyłozgięcia, przednia ściana trzonu.

Obrażenia macicy zadane rozszerzadłami mogą mieć charakter przebić lub rozdarcia szyi. Przebicia szyi najczęściej dochodzą do skutku przez początkowe numery rozszerzadeł, które wprowadzane po fałszywej drodze, dziurawią ścianę szyi, przechodząc do przymaciczy, a nawet do jamy otrzewnowej. Grubsze następne numery rozszerzają fałszywy otwór. Rozdarcia szyi powstają najczęściej z powodu zbyt forsownego i szybkiego rozszerzania. Zdarza się to najczęściej u pierwiastek lub w stanach niedorozwoju macicy, gdzie ujście wewnętrzne jest oporne. Obrażeniom, powstałym w ten sposób w szyi, towarzyszą często obfite krwawienia, które są typowe dla rozdarcia szyi.

Sam fakt przebicia macicy nie jest jeszcze w danym przypadku największem złem, nieszczęście zaczyna się dopiero wtedy, gdy lekarz tego wczas nie rozpozna. W dużym procencie przypadków przedziurawień macicy lekarz, nie zdający sobie sprawy ze sytuacji, wprowadza w celu opróżnienia macicy kleszczyki Wintera lub łyżeczkę przez sztuczny otwór i wywołuje obrażenia jelit i najbliższego otoczenia. Szereg autorów poważnych jak Liepmann, Schauta, Joseph, na podstawie statystyki dochodzą do wniosku, że przebicia powikłane są wyłącznie udziałem lekarzy.

Jasnem jest więc, że wczesne rozpoznanie przebicia macicy, ze względu na możliwość dodatkowych obrażeń, jest szczególnie ważne.

Latzko wyraża zdanie, że przebicie macicy może się zdarzyć nawet bardzo doświadczonym lekarzom, tylko należy je natychmiast rozpoznać.

Na 266 przypadków perforacyj, dokonanych przez lekarzy a zebranych przez Liepmanna i Welsa, prawie połowa wykazywała obrażenia dodatkowe, a to w 17 przypadkach obrażenia sieci, w 55 przedziurawienia jelita cienkiego, w 25 grubego. W statystyce tej figurują takie obrażenia, jak wyrwanie całych pętli jelit i obcięcie ich w mniemaniu, że ma się do czynienia z pępowiną, dalej wyrwanie wyrostka robaczkowego, przydatków, a nawet wyskrobania kości miednicy małej. Śmiertelność tej statystyki wynosiła 31.2%.

Co się tyczy zapobiegania przedziurawieniom, to w pierwszym rzędzie należy sprostować opinję, jakoby wyskrobanie macicy ciężarnej było zabiegiem błahym i każdy go mógł bezkarnie wykonać. Granice różnych stanów fizjologicznych i patologicznych w samej macicy są wielkie tak, że z jednej strony możemy wyłyżeczkowanie macicy poruczyć pod kontrolą studentowi, z drugiej strony możemy natrafić na tak duże trudności, że wytrawny lekarz staje w trudnej sytuacji. Poznanie tych różnych możliwości decyduje tak samo, jak i w innych działach medycyny o doświadczeniu lekarza, które każe zawsze traktować zabieg wewnątrz macicy poważnie i z pełnym respektem (Schauta).

W etjologji perforacyj macicy główną rolę odgrywa nienależyte obeznanie się z techniką, tudzież niedostateczna lub fałszywa ocena danego przypadku co do wskazań i warunków, w jakich mamy zabieg wykonać.

Nie wchodząc bliżej w rozważania na temat techniki samego zabiegu, użycia tego lub owego instrumentu, napomknę tylko, że w zapobieganiu przedziurawień macicy dużą rolę odgrywa dobranie odpowiedniego instrumentu i zdawanie sobie sprawy z warunków, w jakich zabieg wykonujemy. Z jednej strony należyty dobór odpowiedniego instrumentu, z drugiej strony świadomość warunków, w jakich mamy zabieg wykonać, jest ważna, zwłaszcza tam, gdy idzie o operowanie wewnątrz macicy w warunkach trudniejszych, gdzie mamy macicę dużą, wiotką, a łożysko silnie zrośnięte ze ścianą. W takich przypadkach usunięcie łożyska palcem będzie bardziej wskazane niż operowanie na ślepo w dużej przestrzeni, gdzie nie znajdujemy należytych oporów w ścianie. Jasnem jest, że równoczesne podanie środków, wywołujących skurcz macicy i następowa kontrola przy pomocy łyżeczki tępej i dużej będzie w takich przypadkach bardziej wskazana, niż operowanie instrumentem, jak n. p. kleszczykami Wintera.

Co do manipulacji kleszczykami Wintera, to wyznajemy zasadę, że można niemi tylko opróżniać te części jaja płodowego, które wolno leżą w jamie macicy. Najwyżej można pokusić się niemi o lekkie uchwycenie tych części, które zwisają ze ściany do światła. Odrywanie niemi łożyska, które ściśle przylega do ściany, jest niebezpieczne, gdyż równocześnie można uchwycić ścianę macicy i spowodować przedziurawienie.

Wreszcie kilka słów w sprawie rozpoznania perforacji. W wypadku, gdy instrument, czy to łyżeczka lub kleszczyki, nagle wpadną w próżnię, należy się liczyć z możliwością przebicia. W wypadkach tylko podejrzanych lekarz praktyk winien bezzwłocznie zaniechać wszelkich manipulacyj i przekazać chora do leczenia w zakładzie.

Co do leczenia, to w grę tutaj może wchodzić albo leczenie zachowawcze, lub operacyjne. Sposób ściśle zachowawczy (spokój, lód na brzuch, *opiata)* można bez przeszkody stosować tylko w wyjątkowych przypadkach tam, gdzie ma się pewność, że przebicie nie jest rozległe i ograniczyło się jedynie do macicy. Czystość przypadku, jako też poprzedni aseptyczny zabieg jest warunkiem koniecznym do takiego postępowania. Ocena takich przypadków i decyzja na leczenie ściśle zachowawcze jest trudna i odpowiedzialna, dlatego też ogranicza się do przypadków przedziurawień, wykonanych w zakładzie i przez lekarzy, zdających sobie sprawę ze stanu rzeczy.

W przypadkach, gdzie istnieje podejrzenie na dodatkowe obrażenia, lub wątpliwość co do aseptyki dokonanego zabiegu, wskazana jest laparotomja. Ta, podjęta nawet w celach kontroli, ma swoje uzasadnienie. Tutaj zależnie od przypadku a także od zapatrywań dalsze postępowanie będzie bądź to zachowawcze, polegające na zeszyciu otworu i pozostawieniu macicy (Sigwart),

względnie radykalne, mające na celu usunięcie macicy, jako źródła zakażenia (S c h a u t a, H a l b a n, L a t z k o, S c h w e i t z e r).

Z kolei przejdę do sprawozdania z naszego materjału statystycznego obejmującego za okres ostatnich 20 lat, t. j. od r. 1910 do 1930, 28 przypadków przedziurawień macicy, zebranych z materjału 38.582 chorych, leczonych w tym czasie na oddziale położniczym i ginekologicznym. We wspomnianym okresie sprawozdawczym wykonano 6095 wyłyżeczkowań położniczych, w czem 5766 w związku ze zatrzymaniem resztek łożyskowych po poronieniu, 329 po porodzie. Na 3963 wyłyżeczkowań w związku ze schorzeniem ginekologicznem, przypada 1342 zabiegów na chorych leczonych w zakładzie, 2621 na leczonych w przychodni.

Na ogólną liczbę 10058 wyłyżeczkowań, wykonanych w tym czasie, przypada 15 perforacyj, których dokonano w zakładzie, reszta t. j. 13 zdarzyła się poza zakładem, bądźto z udziałem lekarzy (w 7 przypadkach), lub akuszerek i babek (w 6 przypadkach).

Dla lepszego zorjentowania się w naszym materjale przedziurawień macicy pozwolę sobie je podać w zestawieniu tabelarycznem, w którem uwzględniliśmy na pierwszem miejscu stany chorobowe, dalej podział na dwie grupy, ze względu na miejsce powstania perforacji. W pierwszej grupie (15 przypadków) umieściliśmy przypadki przedziurawień, dokonanych w zakładzie, w drugiej grupie, liczącej 13 przypadków, przedziurawienia wywołane poza zakładem. W tablicach tych dla zorjentowania się w całokształcie zagadnienia podaliśmy konieczne dane dotyczące wieku, ilości odbytych porodów, stanu chorobowego, rodzaju obrażenia oraz leczenia. Szczegóły powyższe wydają się nam być dostateczne, by na ich podstawie móc sobie wyrobić pogląd na etjologję, postępowanie i rokowanie. Powyższe ujęcie materjału w sposób tabelaryczny uwalnia nas od potrzeby indywidualnego traktowania poszczególnych przypadków, coby ze względu na obfity materjał zabrało dużo czasu i miejsca i musiało się odbyć ze szkodą dla całości materjału.

Stany chorobowe, w których dokonano przedziurawienia.

	Przedziurawienia w zakładzie	Przedziurawienia poza zakł.	Razem	Przypadki wyleczone	Przypadki śmierci
Poronienie	5	9	14	9	5
Stan po porodzie	7	1	8	6	2
Krwawienia maciczne z powodu zmian przerostowych	1	2	3	2	1
Przerwanie ciąży z powodu gruźlicy płuc	1	—	1	1	—
Ciąża zewnątrzmaciczna	—	1	1	—	1
Próbne wyskrobanie z podejrzeniem na raka szyi	1	—	1	—	1
Razem:	15	13	28	18	10

W ocenie ogólnej naszego materjału chciałbym zwrócić uwagę na pewne szczegóły, które mogą stanowić uzupełnienie w omawianym przedmiocie. I tak w sprawie, dotyczącej stanu chorych należy podnieść, że w większości przypadków mieliśmy do czynienia z dużego stopnia niedokrwistością z powodu długotrwałego krwawienia, często też dawały się stwierdzić stany zapalne i objawy ogólnego wyniszczenia. Tym zaniedbanym stanem chorych należy tłumaczyć stosunkowo dużą śmiertelność pooperacyjną, mimo że z dodatkowemi obrażeniami, jak uszkodzeniami jelit, pęcherza spotkaliśmy się tylko 4 razy, więc w stosunku procentowym niewielkim. Wszystkie dodatkowe obrażenia należy odnieść do przypadków przedziurawień dokonanych poza zakładem.

Przypadków śmierci w materjale naszym zanotowaliśmy 10, to jest 36%, z czego na przebicia w zakładzie przypadają 4 przypadki ze śmiertelnością 27%, na przedziurawienia poza zakładem 6 przypadków ze śmiertelnością 46%. Operowano 24 przypadki ze śmiertelnością w 7 przypadkach t. j. 28%; 3 przypadki, gdzie istniało tylko podejrzenie na przebicie macicy, nie były operowane i te wszystkie skończyły się śmiercią.

Śmiertelność ogólna po przebiciach macicy w różnych zestawieniach rozmaicie się przedstawiała. W zestawieniu L i e p m a n n a i V e l s a na 248 przypadków wynosiła 31.2%, w zestawieniu H e r b i g a na 134 przypadków przypada 26.1%, inne statystyki, oparte na mniejszym materjale i to przeważnie leczonym operacyjnie, wykazują cyfry niższe (F r o m m e 11%, S c h w e i t z e r 7% — 22.8%). Podnieść należy, że ostatnie statystyki, ujmujące zagadnienie śmiertelności przeważnie z punktu widzenia postępowania leczniczego, w którem konkuruje metoda zachowawcza z radykalną, nie daje należytego obrazu ogólnej śmiertelności po tych powikłaniach, gdyż opracowanie ich opierało się przeważnie na dowolnie wybranych przypadkach.

Co się tyczy poglądu L i e p m a n n a, który na podstawie swego zestawienia, obrażenia dodatkowe jak przedziurawienia jelit i t. p., zapisuje wyłącznie na konto lekarzy, to wyniki nasze nie potwierdzają tego, gdyż na 4 obrażenia dodatkowe, stwierdzone w naszym materjale, 2 były udziałem lekarzy, 2 obrażenia obciążają akuszerki.

Również powszechne zapatrywanie, jakoby położne lub inne osoby niepowołane w małym tylko procencie brały współudział w przedziurawieniach, wydaje się nam nieuzasadnione, gdyż opiera się tylko na ocenie materjału, dostępnego naszej kontroli, a który jest przeważnie przekazywany przez lekarzy świadomych swego błędu i następstw. Należy przyjąć, że w obecnych czasach masowych sztucznych poronień, osoby niepowołane podejmują się manipulacyj we wnętrzu macicy częściej, niż nam to się wydaje. We wielu przypadkach tego rodzaju manipulacje muszą kończyć się na przebiciach macicy, które jednak nie zostają ujawnione, a chore przekazane bywają swemu losowi. Że tak jest, dowodzi tego statystyka dużej śmiertelności i chorobowości po poronieniach, wywołanych poza zakładem, a następnie leczonych w zakładzie, która wykazuje u nas za okres ostatnich 20 lat 122 przypadków śmierci z powodu ogólnego zakażenia, obok wielkiej ilości zapaleń przymacicza i przydatków. Należy przyjąć, że we wielu tych przypadkach, które kończą się śmiercią lub kalectwem danej kobiety, musiało przyjść do mniejszych lub większych obrażeń macicy, wywołanych przez ręce niepowołane. Że perforacje pozostawione swemu losowi nie zawsze muszą prowadzić do śmierci, tego dowodzi obserwacja kliniczna, na której zresztą oparło się postępowanie ściśle zachowawcze w traktowaniu przedziurawień. Z drugiej strony przebicie macicy, o ile nie jest rozległe, nie zawsze da się stwierdzić nawet na sekcji, jeżeli w związku ze zakażeniem przyjdzie do procesów ropnych i zgorzelinowych w mięśniu i najbliższem otoczeniu.

Co się tyczy miejsca obrażenia, to w 17 przypadkach przedziurawienie nastąpiło w trzonie, w 11 dotyczyło szyi. W 5 przedarciach szyi spotkaliśmy się z równoczesnem silnem krwawieniem do jamy brzusznej lub z rozległemi krwiakami w przymaciczach, w przeciwieństwie do uszkodzeń trzonu, gdzie w przeważnej części przypadków krwawienie było nieznaczne.

Na temat sporu, któremu z instrumentów przypisać główną rolę w wywoływaniu przedziurawień, a który jest obecnie osią zainteresowania w piśmiennictwie, trudno nam wypowiedzieć się na podstawie naszych obserwacyj, gdyż dane w tym kierunku były niedostateczne.

Mam wrażenie, że ocena w tym kierunku jest trudna i wnioski, jakiemi odnośne piśmiennictwo rozporządza, a które zamykają się w dokładnych obliczeniach procentowych, opierają się często na dowolnych danych. Odnieśliśmy wrażenie, że w mechaniźmie powstawania przedziurawień należy może oddać większe znaczenie rozszerzadłom, niż to się powszechnie przyznaje, zwłaszcza w przedziurawieniach szyi i nisko w trzonie.

Na zakończenie mego sprawozdania chciałbym zwrócić uwagę na te czynniki, które w etjologji przedziurawień macicy odgrywają dużą rolę. Mam tu na myśli nieprawidłowy stan mięśnia macicy, z którym łączy się pewien moment usposabiający i niebezpieczeństwo perforacji.

Dawniejsi autorowie jak: Doleris, Geyl, Frisch, Beuttner, Pozzi, Courant, szczególną uwagę zwracali na nieprawidłowe zmiany mięśnia macicy, z jakiemi się spotkać możemy w późnym połogu, w sprawach zapalnych i zaburzeniach konstytucjonalnych. W stanach tych mięsień macicy może być tak kruchy, że nawet doświadczonemu lekarzowi, przy zachowaniu jak największej ostrożności, nie zawsze się udaje uniknąć przedziurawienia. F r ä n k e l jest zdania, że późny połóg jest najbardziej niebezpieczny do wyskrobania macicy, zwłaszcza u kobiet anemicznych, u których niezwykła kruchość mięśnia jest spowodowana stłuszczeniem włókien mięsnych, przekraczającem granice fizjologiczne. Nic też dziwnego, że w stanach takich przebijano mięsień nawet palcem (przyp. Sigwarta). Znajomość tych nieprawidłowych stanów jest ważną, gdyż należyte orjentowanie się w warunkach, w jakich mamy wykonać zabieg we wnętrzu macicy, niejednokrotnie we większym stopniu może zaważyć na szali niż sama technika, czy też użycie tego lub owego instrumentu.

Uwzględniając powyższy punkt widzenia w etjologji przedziurawienia macicy, pozwolę sobie w krótkości przytoczyć te przypadki, gdzie spotkaliśmy się z wyraźnemi zmianami zwyrodnienia w mięśniu macicy. Już sam fakt, że na 15 przypadków przebić macicy w zakładzie przypada 7 przebić macicy połogowej, potwierdza zapatrywanie F r ä n k l a, że macica połogowa jest najbardziej narażona na przebicie. W naszych przypadkach przebicie macicy połogowej przypada na późny okres połogu, a mianowicie 5 razy w okresie od 4—6 tygodnia, 1 raz w 3 tygodniu, 1 raz tylko w 9-ym

I. Przedziurawienia macicy dokonane w zakładzie.

Lp.	Wiek	Dotychczas. porody	Dotychczas. poronienia	Obecne objawy wzg. rozpoznanie	Rodzaj obrażenia	Leczenie	Przypadki wylecz.	Przypadki śmierci	Uwaga
1	21	3	—	Ostatni poród przed 4 tygodniami, krwawienie	Otwór w dnie	Wycięcie macicy nadpochwowe	1	—	Wielka kruchość mięśnia macicy.
2	36	10	—	Poród przed 4 tygodniami, krwawienie	Otwór w dnie	Wycięcie macicy nadpochwowe	—	1	Niedokrwistość ogólna, niezwykła kruchość mięśnia, w dnie polip łożyskowy.
3	40	6	—	Resztki łożyska po porodzie przed 3 tygodn.	Otwór na tylnej ścianie	Wycięcie całkowite macicy	1	—	Kruchość mięśnia macicy, niedokrwistość.
4		dan	ych	Podejrzenie na *Ca. cervicis*	Przebicie szyi do zatoki Douglasa	Wycięcie całkowite macicy	—	1	Przebicie podczas pobierania skrawka i tamponowania szyi; krwotok duży.
5	45	10	1	Poronienie przed tyg.	Otwór w dnie	Wycięcie całkowite macicy	1	—	Niedokrwistość ogólna, kruchość mięśnia.
6	27	6	—	Resztki łożyska po poronieniu VI mies.	Otwór w dnie	Wycięcie całkowite macicy	1	—	Resztki łożyskowe silnie przyrośnięte.
7	24	—	3	Poród przed 5 tygodniami, krwawienie	Otwór w dnie	Zeszycie otworu	1	—	Resztki łożyskowe, niezwykła kruchość mięśnia.
8	41	10	—	Przerwanie ciąży III mies. z powodu gruźlicy płuc	Przebicie tylnej ściany w kierunku przymacicza prawego	Wycięcie nadpochwowe macicy	1	—	Krwawienie obfite do jamy otrzewnowej.
9	28	2	1	Poronienie VI m. niezupełne	I otwór w dnie, II na tylnej ścianie nisko, krwawiący	Wycięcie całkowite macicy	—	1	Znaczna kruchość mięśnia, krwiak podotrzewnowy.
10	34	2	2	Resztki poronienia IV m.	Otwór na przedniej ścianie trzonu	Wycięcie całkowite macicy	1	—	Łożysko przyrośnięte.
11	40	11	1	Poród przed 4 tygodniami, krwawienie uporczywe	Otwór w dnie	Wycięcie całkowite macicy	1	—	Polip łożyskowy w dnie; drobnowidowe badanie na nabłoniak złośliwy ujemne. W kilka miesięcy później śmierć wśród objawów krwotoków płucnych.
12	35	5	—	Poród przed 4 tygodniami	Otwór w dnie	Wycięcie całkowite macicy	1	—	Niezwykła kruchość mięśnia, polip łożyskowy.
13	34	2	—	Krwotok w 9 dniu połogu	Przebicie trzonu w 2 miejscach	Wycięcie całkowite macicy	—	1	*Endometritis gangrenescens.*
14	36	2	3	Krwawienie od kilku miesięcy, poronienie przed 7 m. *Endometritis*	Otwór w dnie	Wycięcie całkowite macicy	1	—	Bladość i kruchość mięśnia, polip zorganizowany w dnie. Ogólna niedokrwistość.
15	30	3	1	Poronienie przed 3 tyg. krwawienie	Otwór w dnie	Wycięcie całkowite macicy	1	—	Wybitna ogólna niedokrwistość, kruchość mięśnia.

II. Przedziurawienia macicy dokonane poza zakładem.

Lp.	Wiek	Dotychczas. porody	Dotychczas. poronienia	Obecne objawy wzg. rozpoznanie	Kto wykonał zabieg	Rodzaj obrażenia	Leczenie	Przypadki wylecz.	Przypadki śmierci	Uwaga
1	36	brak	danych	Poronienie IV m.	Akuszerka	Rozdarcie szyi macicy	Odcięcie nadpochwowe macicy i wycięcie częściowe esicy	1	—	Obrażenie esicy i krezki
2	33	brak	danych	Poronienie	Akuszerka	Przebicie szyi	Zachowawcze	1	—	W chwili zgłoszenia się objawy rozlanego zapalenia otrzewnej
3	36	brak	danych	Poronienie IV m.	Zwyczajna „baba“	Rozdarcie szyi do prawego przymacicza	Wydobycie łożyska i tamponada	1	—	—
4	36	brak	danych	Poronienie przed 3 tygodniami, krwawienie	Akuszerka	Otwór w dnie	Wycięcie macicy nadpochwowe i zaszycie esicy	—	1	Obrażenie esicy
5	28	3	2	Poronienie IV m.	Lekarz	Otwór w dnie	Wycięcie macicy nadpochwowe i setonowanie zatoki Douglasa	—	1	—
6	31	brak	danych	Poronienie	Akuszerka	Przebicie szyi do zatoki Douglasa	Zachowawcze	—	1	—
7	18	0	0	Poronienie II m.	Akuszerka	Rozdarcie szyi i przebicie w rogu lewym	Zachowawcze	—	1	—
8	29	2	0	Poronienie III m.	Lekarz	Przebicie szyi	Wycięcie całkowite macicy	1	—	Krwiak dużych rozmiarów przymacicza praw.
9	28	4	1	Krwawienie, *Endometritis polyposa*	Lekarz	Otwór w dnie	Wycięcie całkowite macicy	1	—	W miejscu przedziurawienia polip, macica krucha
10	26	3	—	Poród przed 4 tygodniami, wynicowanie macicy	Lekarz	Rozdarcie trzonu	Wycięcie całkowite macicy	1	—	Mylne rozpoznanie jako rodzącego się mięśniaka
11	29	2	—	Poronienie IV m.	Lekarz	Rozległe przedarcie szyi	Wycięcie całkowite macicy	1	—	Krwiak przymacicza i rozdarcie *ramus descendens a. uterinae* w 2 miejs.
12	39	10	2	*Endometritis*	Lekarz	Przebicie przedniej ściany szyi i obrażenie pęcherza	Wycięcie całkowite macicy	—	1	Niezwykła kruchość mięśnia, *adipositas nimia*
13	20	—	—	*Graviditas extrauterina*	Lekarz	Przebicie trzonu, obrażenie jelit i krezki	Wycięcie całkowite macicy i częściowe jelita cienkiego	—	1	Zabieg wykonano z powodu mylnego rozpoznania

dniu. We wszystkich przypadkach kontrola pooperacyjna macic wykazała bladość i niezwykłą kruchość mięśnia, kilka razy w tak wysokim stopniu, że z łatwością dawał się rozgnieść w palcach. Jasnem jest, że w takich przypadkach spór o to, który instrument i w jaki sposób tu zawinił, jest bezprzedmiotowy.

W dalszej ocenie przypadków przedziurawienia w połogu, uwzględniliśmy wiek, ilość odbytych porodów i stopień krwawienia.

I tak w grupie tej znalazły się:

2 kobiety powyżej lat 20.
3 kobiety w wieku lat 34, 35, 36.
2 kobiety w wieku lat 40.

Co się tyczy ilości przebytych porodów, to te na każdą z kobiet wspomnianej grupy przypadały po 1, 2, 3, 5, 6, 10, 11 porodów.

Dodać należy, że we wszystkich przypadkach stwierdzić było można znacznego stopnia niedokrwistość.

Już tych kilka danych, dotyczących perforacyj wspomnianej kategorji przypadków, pozwala nam na wyciągnięcie wniosku, że w ocenie etjologji, obok momentu usposabiającego, jakim jest macica w późnym połogu, należy dużą rolę przypisać takim czynnikom, jak późny wiek kobiet, większa ilość przebytych porodów, niedokrewność. Czynniki powyższe razem mogą w wysokim stopniu sprowadzić zwyrodnienie mięśnia i w dalszym następstwie przedziurawienie.

Że czynniki powyższe mogą mieć znaczenie również w przypadkach uszkodzenia macicy w innych stanach chorobowych, tego dowodzą przypadki przedziurawienia macicy w związku z poronieniami, gdzie często mogliśmy stwierdzić późniejszy wiek, większą ilość przebytych porodów i poronień, obok znacznego stopnia niedokrewności, spowodowanej krwawieniem, przeciągającem się niejednokrotnie na okres kilku tygodni.

Dla uzupełnienia rozważań na ten temat, chciałbym zwrócić uwagę na czynnik konstytucjonalny, któremu również nie można odmówić znaczenia w etjologji perforacji. Mam tu na myśli kobiety nadmiernie otyłe, u których należy liczyć się ze stanem upośledzenia i stłuszczenia mięśnia macicy, jako z objawem ogólnego stłuszczenia wszystkich narządów.

Ze stanem tym spotkaliśmy się dwukrotnie w ostatnich trzech latach, t. j. w czasie, w którym ten czynnik wzięliśmy pod uwagę; raz u kobiety 28 letniej, która jeden raz roniła, cztery razy rodziła, ostatnio przed 9 miesiącami; drugi raz u kobiety lat 39, która przebyła 10 porodów i 2 poronienia. U kobiet tych dokonano przebicia macicy poza zakładem w związku z wyłyżeczkowaniem macicy z powodu krwawienia.

W obu tych przypadkach, obok ogólnego otłuszczenia, znaleźliśmy macicę niezwykle kruchą, niemal rozłażącą się.

Reasumując wyniki naszych spostrzeżeń w kwestji etjologji perforacji macicy zaznaczamy, że w wykonywaniu zabiegów wewnątrz macicy należy liczyć się z momentem usposabiającym do perforacji, polegającym na zmianach zwyrodnienia mięśnia macicy i nadmiernej jego kruchości. Ze zwiększoną tą skłonnością spotkamy się w tych przypadkach, gdzie mamy:

1) okres późnego połogu.
2) późniejszy wiek kobiet.
3) większą ilość przebytych porodów.
4) niedokrwistość.
5) ogólne otłuszczenie.

Jasnem jest, że tam, gdzie powyższe czynniki razem łączą się, niebezpieczeństwo perforacji będzie tem większe i wskazana jest niezwykła ostrożność w traktowaniu tych przypadków.

Piśmiennictwo.

1) Baisch: Zbl. f. Gyn. 1928. — 2) Halban: Zbl. f. Gyn. 1912. Nr. 16, — W dyskusji w Tow. Gin. Wiedeń 12. XII. 1911. — 3) Heyn: Klin. Wochensch. 1922. Nr. 26. — Ztsch. f. Geb. u. Gyn. T. 87. 1924. — 4) Heynemann: „Biologie u. Pathologie des Weibes" Halban-Seitz t. VII. I. cz. — 5) Herold: Zbl. f. Gyn. 1925. Nr. 37. — 6) Joseph: Berl. Klin. Wochensch. 1926. — 7) Katz: Zbl. f. Gyn. 1925. Nr. 50. — 8) Latzko: W dyskusji w Tow. Gin. Wiedeń. 28. XI. 1911. — 9) Lessnoe: Med. Klin. 1925. — 19) Liepmann: Med. Klin. 1922. Nr. 34—35. — Berl. Klin. Woch. XLIV. — 11) Rühl: Mon. f. Geb. u. Gyn. T. 36. 1912. — 12) Schauta: W dyskusji w Tow. Gin. Wiedeń. 28. XI. 1911. — 13) Schwab: Zbl. f. Gyn. 1923. Nr. 36. — 14) Schweitzer: Mon. f. Geb. u. Gyn. T. 42. — 15) Sigwart: Zbl. f. Gyn. 1922. — Berl. Wochsch. 1912. Nr. 16. — 16) Stöckel: Zbl. f. Gyn. 1922. Nr. 35. — 17) Wertheim: W dyskusji w Tow. Gin. Wiedeń. 28. XI. 1911. — 18) Winter: „Biologie u. Pathologie des Weibes" Halban-Seitz. T. VIII. II. część.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Tadeusz HELLER. Kraków.

Działanie wyciągu z tylnego płatu przysadki mózgowej, podanego śródmięśniowo do części pochwowej szyjki macicy.

Z oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz: Prof. Dr. J. Zubrzycki.

Od lat ośmiu na Oddziele położn. i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza podajemy wyciągi tylnego płatu przysadki śródmięśniowo do części pochwowej szyjki macicy, celem pobudzenia tejże do skurczu w razie krwotoku po wyłyżeczkowaniach, po porodach i po cięciach cesarskich pochwowych. Nie jest to postępowanie nowe, jednak zasługuje na omówienie ze względu na to, że wyniki nim uzyskane są wysoce zachęcające. Liczba odnośnych przypadków wynosi około dwóch tysięcy, a dokładne spostrzeganie ich kliniczne pozwala na twierdzenie, że ten sposób podania wyciągu tylnego płatu przysadki przewyższa w wynikach swoich sposób zastosowania go podskórny lub śródmięśniowy. Wyższość tego sposobu podawania wyciągu z tylnego płatu przysadki ujawnia się ponad innemi przedewszystkiem w szybkości wystąpienia skurczu macicy i jego nasilenia.

Przyjmuje się ogólnie, że podane podskórnie wyciągi tylnego płatu przysadki działają dopiero po 5—10 minutach. Podane natomiast do utkania szyjki działają niemal doraźnie, bo w czasie około 5—10 sekund, przyczem skurcz mięśnia macicy jest silniejszy. Ujemnych skutków omawianego postępowania nie zauważyliśmy w żadnym przypadku, tak, że jako zabiegiem niewinnym a pełnym dobrego wyniku posługujemy się prawie z zasady tam, gdzie po opróżnieniu macicy spostrzegamy rozkurcz jej i krwawienie wymagające wkroczenia lekarza. Dobre usługi oddaje sposób ten poza tem w wyłyżeczkowaniu dokonanem celem przerwania ciąży dalej posuniętej, mam na myśli jednak ciąże, nieprzekraczające III. m. ks. Nie mogąc w tych razach niekiedy szybko opróżnić dużej macicy spotykamy się czasem ze znacznym krwotokiem. Podanie wtedy śródmięśniowo do szyjki wyciągu tylnego płatu przysadki obkurcza szybko trzon macicy, zmniejsza jego jamę, nie zwężając jej odcinka biernego, tamuje krwotok a łyżeczka, posuwając się po twardej ścianie, łatwiej wtedy spełnia swoje zadanie, usuwając jajo prawie bez utraty krwi.

Jak szybko i silnie działa wyciąg tylnego płatu przysadki podany do mięśnia szyjki, dowodzi przypadek, w którym mieliśmy sposobność przy otwartej jamie brzusznej patrzeć bezpośrednio na macicę w czasie wyłyżeczkowania tejże i po podaniu po niem wyciągu tylnego płatu przysadki do utkania szyjki.

Operowano chorą z powodu torbieli jajnikowej w skręcie z równoczesnem rozpoznaniem będącego w toku poronienia. Torbiel usunięto drogą przez powłoki brzuszne a równocześnie zauważono że macica miękka, kulista odpowiada wielkością 6 tygodniowej ciąży. Wobec stwierdzenia poronienia w toku, zdecydowano się natychmiast wyłyżeczkować macicę a to dlatego, aby uniknąć ewentualnie później koniecznego dodatkowego zabiegu opróżnienia wnętrza macicy, nieobojętnego w swoich skutkach ze względu na świeży kikut pooperacyjny.

Zachowanie się macicy w czasie wyłyżeczkowania i po podaniu wyciągu z tylnego płatu przysadki było niezmiernie ciekawe. Macica ściągnięta kleszczykami w dół, schodzi do miednicy małej, dno ustawia się na wysokości płaszczyzny wchodu. Do boku od niej wgłąbiają się lejkowato do miednicy małej przydatki i więzadło szerokie. Podczas rozszerzania szyjki rozszerzadłami Hegara, pojawia się w dnie macicy biaława plama w kształcie rombu, ostremi kątami skierowana w stronę rogów macicy, jako wyraz niedokrwienia, powstałego wskutek skurczu mięśnia macicy. Plama ta powiększa się w czasie wyłyżeczkowania, schodząc na trzon. Uderzają teraz patrzącego wielkie wychylenia macicy w kierunku, w którym naciska łyżka operatora. Patrząc na ten zabieg od strony pochwy, niktby nigdy nie przypuszczał, że tak gwałtownym i wielkim ruchom podlega wyłyżeczkowywana macica. Rzucało się to w oczy przy otwartej jamie brzusznej mimo, że wprawny operator był przestrzegany przed zbyt gwałtownemi ruchami. Obserwacja ta każe zrozumieć, jak trzeba panować nad każdym ruchem w czasie wyłyżeczkowania, by nie spowodować nieszczęścia w postaci przerwania ściany macicy oraz wskazuje na to, że wyłyżeczkowanie nie jest tak łagodnym i niewinnym zabiegiem, za jaki powszechnie jest uważane.

Kończąc zabieg, podano 1 cm^3 wyciągu z tylnego płatu przysadki do utkania szyjki. W cztery sekundy później plama biała, o której wspominałem, nagle zaczęła się powiększać i objęła nagle całą powierzchnię pod wpływem skurczu stwardniałej macicy.

Skurcz ten w następnych kilku sekundach był tak silny, że macica przybrała barwę szaro-białą i nie można było doszukać się na niej najmniejszego nawet odcienia blado-różowego. Skurcz ten trwał przez czterdzieści sekund, poczem macica uległa częściowemu lecz nie całkowitemu rozkurczowi, powierzchnia jej przybrała barwę blado-różową. Po przerwie jednominutowej wystąpił ponowny silny skurcz, trochę krócej trwający, poczem znów pojawił się odcień blado-różowy, jako wynik osłabnięcia skurczu, potęgującego się jednak znowu w chwili zaszycia jamy trzewnej.

Powyższe nasze spostrzeżenia każą nam jeszcze raz stwierdzić, że wyciąg z tylnego płatu przysadki mózgowej, podawanej śródmięśniowo do części pochwowej szyjki macicy, działa szybko, doraźnie i silnie. Można nim zadziałać prawie w momencie podania.

Ten sposób postępowania w wielu przypadkach krwawień macicy powstałych na tle niedomogi czynnościowej jej mięśnia, jako najrychlej działający, niezmiernie prosty, nie grożący wystąpieniem żadnego powikłania, może nam oddać w tych razach dobre usługi i z tych też względów zasługuje na polecenie do użytku tak dla lekarzy w zakładach, jako też w praktyce domowej.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Stanisław KONOPKA. Warszawa.
Kierownik Bibljoteki Centrum Wyszkolenia Sanitarnego.

Kilka uwag w sprawie propagandy medycyny polskiej.

Bibljoteki lekarskie, bibljografja lekarska, honorarja autorskie, są to sprawy, które na pierwszy rzut oka mają luźny związek z propagandą medycyny. Mówi się o nich bardzo mało, a temat ten jest prawie zupełnie nie poruszany na łamach prasy lekarskiej. Nie jest to jednak dowodem, aby sprawami temi nie warto było się zająć, zwłaszcza w związku z nowemi poczynaniami Naczelnej Izby Lekarskiej. Mam tu na myśli zorganizowane niedawno Biuro Propagandy Medycyny Polskiej.

Działalność tego biura ma się rozwijać w dwóch zasadniczych kierunkach: jeden z nich, to nawiązanie ściślejszego kontaktu ze światem lekarskim zagranicznym, co w praktyce będzie się opierało na wymianie czasopism i wydawnictw, udzielaniu informacyj o instytucjach lekarskich polskich, o postępach nauki lekarskiej polskiej, dalej udzielaniu wiadomości bibljograficznych. Drugi kierunek, nie mniej ważny, to propaganda nauki polskiej wśród swoich. Sprawę tej propagandy omawiano ostatnio w prasie lekarskiej [1]), przypisując temu zagadnieniu donioślejsze znaczenie od propagandy zagranicą. Sądziłbym jednak, że obu zagadnieniom należałoby poświęcić taką samą uwagę, gdyż oba są bardzo ważne; praca prowadzona w jednym kierunku uprości pracę w drugim — tam i tu mamy szerokie pole do działania. W dziedzinie propagandy stoimy do tej pory wśród narodów słowiańskich na szarym końcu, nie umiemy, czy może nie chcemy zajmować się temi sprawami. Organizacja pracy naukowej wymaga całego szeregu nowych posunięć.

Zajmiemy się najpierw sprawami najbliżej nas obchodzącemi i zastanowimy się, z jakiemi trudnościami walczyć musi pracownik naukowy w Polsce.

Aby praca naukowa mogła iść normalnym torem, powinien pracownik mieć odpowiednio urządzone zakłady naukowe, laboratorja i pracownie, dalej dobrze zaopatrzone bibljoteki, bieżącą bibljografję, no i takie uposażenie, które pozwoliłoby mu poświęcić się pracy naukowej. Nie będę zajmował się sprawą zaopatrzenia naszych pracowni naukowych, gdyż niedawno zabierał głos w tej sprawie prof. Szymanowski, poświęcę natomiast parę uwag pozostałym niedomaganiom.

Bibljoteki polskie rozporządzają obecnie, w porównaniu z bibljotekami zagranicznemi, śmiesznie małemi budżetami. Gdy weźmiemy jeszcze pod uwagę, że dzieła lekarskie i czasopisma lekarskie należą do stosunkowo najdroższych, przekonamy się, że stan nowości z zakresu medycyny przedstawia się w bibljotekach polskich bardzo marnie. Aby nie być gołosłownym, przytoczę parę cyfr statystycznych, zebranych z bibljotek warszawskich a odnoszących się do prenumerowanych czasopism lekarskich.

Największym zasobem pism lekarskich bieżących rozporządzają w Warszawie trzy bibljoteki, a mianowicie Bibljoteka Uniwersytecka, Bibljoteka Centrum Wyszkolenia Sanitarnego i Bibljoteka Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. W porównaniu z produkcją światową zaopatrzenie tych bibljotek jest nadzwyczaj małe. Zbliżony do prawdy spis czasopism lekarskich podaje jedna z najlepszych bibljografij lekarskich międzynarodowych *„Quaterly Cumulative Index Medicus"*. Korzysta ona z 1687 czasopism lekarskich, w tem wychodzących w języku angielskim 575 (Anglja z kolonjami 156, Stany Zjednoczone 419), w języku niemieckim 311, francuskim 248, włoskim 190, rosyjskim 48, hiszpańskim 29, holenderskim 29 i t. d., w polskim jedynie 5 (*Bulletin international de l'Académie Polonaise*, Polska Gazeta Lekarska, Lekarz Wojskowy, Przegląd Sportowo-Lekarski i *Memoires de l'Académie Polonaise*), gdy tymczasem mamy ich 71. Spis cytowany oczywiście nie jest zupełny, gdyż według moich obliczeń wychodzi ogółem we wszystkich językach ponad 2000 czasopism lekarskich. Przyjmiemy jednak, dla celów porównawczych, spis podany w *„Quaterly Cumulative Index Medicus"* i zestawimy go ze stanem posiadania wspomnianych trzech bibljotek warszawskich. Bibljoteka Uniwersytecka prenumeruje 152 czasopisma lekarskie, w tem angielskich i wychodzących w Stanach Zjednoczonych 40, francuskich 52, niemieckich 47 i t. d., Bibljoteka Centrum Wyszkolenia Sanitarnego prenumeruje 88 czasopism, w tem 35 niemieckich, 26 francuskich, 10 angielskich, 5 czeskich itd., Bibljoteka Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego prenumeruje 57 pism, w tem francuskich 33, niemieckich 14, czeskich 3 i t. d. Gdy porównamy tytuły pism w tych trzech bibljotekach, przekonamy się, że Bibljoteka Centrum Wyszkolenia Sanitarnego prenumeruje 62 pisma, których nie posiada Bibljoteka Uniwersytecka, Bibljoteka Warszawskiego Tow. Lek. prenumeruje 17 pism, nie znajdujących się w Bibljotece Uniw.; z tych 17-tu jednak posiada Bibl. C. W. San. siedm pism. Ogólna zatem liczba tytułów pism lekarskich, prenumerowanych w stolicy w trzech cytowanych bibljotekach, wynosi 152 + 62 + 10 = 224 pisma, co odpowiada 11 procentom produkcji światowej. Ten drobny stan posiadania bibljotek utrudnia bardzo pracę naukową. W obecnych ciężkich warunkach finansowych, racjonalnie przeprowadzona wymiana czasopism poprawiłaby napewno te nienormalne stosunki, a sprawa odpowiedniego rozwiązania tego zagadnienia powinna należeć do jednego z pilnych zadań Biura Propagandy Medycyny Polskiej.

Statystyka pism lekarskich prenumerowanych w 3 bibljotekach warszawskich.

Pisma lekarskie	Bibljoteka Uniwersytecka	Bibljoteka C. W. San.	Z tych nie posiada Bibl. Uniw.	Bibljoteka Warsz. Tow. Lek.	Z tych nie posiada Bibl. Uniw.
angielskie (Anglja)	14	2	1	1	—
angielskie (Stany Zj.)	26	8	8	1	—
francuskie	52	26	13	33	4
niemieckie	47	35	23	14	6
włoskie	2	2	2	1	1
hiszpańskie	1	1	1	—	—
czeskie	1	5	5	3	3
jugosłowiańskie	—	4	4	2	2
rosyjskie	—	3	3	—	—
inne	4	2	2	2	1
	152	88	62	57	17 *)
Razem	152 +		62 +		10
		to jest 224 czasopisma			

*) Z tych posiada Bibl. C. W. San. 7 pism.

Wykorzystanie piśmienictwa polskiego bez bieżącej bibljografji lekarskiej nie należy do zadań łatwych. Jak już wyżej wspomniałem, posiadamy obecnie polskich czasopism lekarskich i pokrewnych 71, tak, że szukanie prac na żądany temat w kilkudziesięciu tomach rocznie, jest sprawą dosyć żmudną. Czas już najwyższy, aby zmienić, u nas tylko istniejące poglądy, że bibljografja jest przedmiotem zbytku i książką, bez której śmiało można się obejść. Doszlibyśmy do ciekawych rezultatów, gdyby można było obliczyć, ile energji marnują pracownicy naukowi na wyszukiwanie potrzebnego im piśmiennictwa lekarskiego polskiego i tylko polskiego, gdyż tytuły prac obcych można łatwo znaleźć w bibljografjach lekarskich zagranicznych. Stąd też uwzględnia się często bardzo dokładnie piśmiennictwo obce, a pomija polskie, lub nadużywa się terminu „ważniejsze prace polskie". Wydawany od wielu lat przez Warszawskie Towarzystwo Lekarskie *Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego* nie jest w ścisłem tego słowa znaczeniu bibljografją i bibljografji nigdy nie zastąpi, mimo to szczytnie spełniałby swoje zadanie, gdyby ukazywał się regularniej, najpóźniej w połowie każdego roku, za rok ubiegły. Trudności redakcyjne (o ile mi wiadomo tylko takie istnieją), jakie ma do przezwyciężenia to pożyteczne wydawnictwo, dałyby się z łatwością usunąć, gdyby redakcje pism lekarskich przychyliły się do projektu wyłuszczonego przy końcu niniejszych rozważań.

Tymczasem słów kilka na temat honorarjów autorskich. Sprawa — być może — trudna do przeprowadzenia, poruszam ją jednak w celu wywołania dyskusji. Kilka zaledwie pism lekarskich

[1]) Szymanowski Z. Bezrobocie nauki polskiej. Warszawskie Czasopismo Lekarskie. 1931. Nr. 44. str. 1029—1030.

polskich wypłaca honorarja, inne ograniczają się do wydawania 25 egzemplarzy odbitki autorskiej, lub nawet żądają zapłaty za umieszczone rysunki i ryciny. Uważam stan ten za nienormalny, a uregulowanie tego zagadnienia przyniosłoby nauce polskiej niewątpliwie korzyści. Przemawiam tutaj w imieniu tych, którzy nie mają silniejszych podstaw materjalnych. Mam na myśli najmłodszych pracowników naukowych, garnących się często do pracy i mających zacięcie naukowe, którym jednakże ciężkie warunki bytu nie pozwalają oddać swego zapału nauce polskiej. Prace naukowe honorowane pozwoliłyby im rozwinąć swe skrzydła.

Sprawa niewypłacania honorarjów autorskich związana jest z niebardzo pomyślnym stanem materjalnym polskich czasopism lekarskich. Na stan ten składa się szereg powodów, jak małe zainteresowanie piśmiennictwem polskiem, zubożenie społeczeństwa lekarskiego i t. d., lecz głównym może powodem jest, jak na nasze stosunki za wielka liczba czasopism lekarskich. Nie mam tutaj na myśli pism specjalnych. W wieku rozwijającej się coraz bardziej specjalizacji, zwinięcie pism tych nie leżałoby może w interesie nauki polskiej. Czy jednak wydawanie czterech pism ogólno-lekarskich, tygodniowych, względnie dwutygodniowych jest rzeczą konieczną?

Propaganda medycyny polskiej zagranicą? Czy jesteśmy do niej przygotowani, czy poczynania nowego Biura nie uderzą w próżnię i czy praca nie spotka się z poważnemi przeszkodami natury wewnętrznej?

Weźmy pod uwagę którykolwiek z punktów programowych Biura, naprzykład wymianę czasopism. Pominiemy stronę techniczną i zasięg tej akcji, a zastanowimy się, kiedy wymiana mogłaby przynieść pożądane rezultaty. Wymiana ta miałaby zwiększyć przypływ bezpłatnych egzemplarzy czasopism lekarskich zagranicznych, oraz zainteresować zagranicę polskiemi pracami. Odnośnie do punktu pierwszego, należałoby zorganizować racjonalną gospodarkę egzemplarzem wymiennym. Nadsyłane czasopisma powinny być, po wykorzystaniu ich dla celów redakcyjnych, przekazywane jednej z bibljotek lekarskich. Pisma, z których redakcje nie chciałyby korzystać, Biuro Propagandy Med. Polskiej przekazywałoby odrazu, według swego uznania, bibljotekom lekarskim. Taka gospodarka egzemplarzem wymiennym zwiększyłaby znacznie zasobność naszych bibljotek. Byłaby to dla redakcyj ofiara nie bardzo bolesna, a społeczeństwo lekarskie odniosłoby znaczne korzyści.

Zainteresowanie zagranicy pracami polskiemi, a w związku z tem i cała akcja wymienna będzie wówczas miała widoki powodzenia, gdy będziemy zamieszczać w czasopismach przeznaczonych do wymiany streszczenia w językach obcych. Do chwili obecnej większość czasopism lekarskich polskich streszczeń takich nie dodaje, ogranicza się jedynie do zamieszczenia treści numeru w języku francuskim. Polskie pisma lekarskie powinny sprawę streszczeń w obcych językach przychylnie potraktować. Pomijając nawet projektowaną akcję wymienną, przydadzą się one również do innych celów. Biuro Propagandy ma zamiar wydawać dla zagranicy kwartalnik propagandowy, na treść którego składać się będą streszczenia prac polskich w językach obcych i uzyskało zgodę redaktorów pism lekarskich na bezpłatne wykorzystanie składu drukarskiego ogłaszanych streszczeń. W obecnych warunkach nie będzie można uwzględnić w kwartalniku pism lekarskich, nie podających streszczeń w językach obcych, gdyż budżet Biura P. M. P. jest minimalny i nie pozwoli na opłacanie tłumaczeń.

Najszczęśliwszą formą podawania streszczeń w obcych językach w polskich czasopismach byłoby drukowanie ich na oddzielnych kartach i dołączanie luźno do zeszytu pisma, lub, gdyby warunki materjalne na to nie pozwalały, drukowanie ich na końcu zeszytu. W tym wypadku należałoby zamieszczać na okładce uwagę, że zeszyt zawiera streszczenia w językach obcych. Umieszczanie streszczeń na początku numeru — jakto niektóre pisma praktykują, uważam za pewnego rodzaju lekceważenie własnego języka. Nie możemy przecież zapominać, że polskie pismo lekarskie jest w pierwszym rzędzie przeznaczone dla czytelnika Polaka.

Kończąc te krótkie rozważania na tematy, które pracowników naukowych powinny zainteresować, zwracam się z prośbą do Naczelnej Izby Lekarskiej, aby poruszyła sprawę obowiązkowego umieszczania w pismach lekarskich polskich po każdej pracy oryginalnej krótkiego streszczenia tej pracy w języku polskim, przez autora opracowanego. Miałoby to duże znaczenie dla korespondentów pism zagranicznych, uprościłoby niezmiernie pracę *redakcyjną w Przeglądzie Piśmiennictwa Lekarskiego,* wydawanym przez Warszawskie Tow. Lekarskie, następnie pozwoliłoby czytelnikom na szybkie zorjentowanie się w treści artykułu.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

G. Laurens: *Precis d'oto-laryngologie* (Masson et Cie. Paris 1931. VIII. + 1224 str.).

Do kolekcji *Précis Médicaux* firmy wydawniczej Masson et Cie Paris dochodzi w ub. r. duży tom G. Laurens: Zarys oto-rino-laryngologji. Autor przeznacza książkę dla studentów lekarzy oraz młodych specjalistów. Całość dzieli autor w sposób zwykły na rozdziały, traktując po kolei o chorobach ucha, nosa, gardła, krtani, tchawicy i przełyku. W każdym z rozdziałów omawia dokładnie anatomję i fizjologję, następnie symptomatologję ogólną i specjalną poszczególnych chorób, rozpoznanie, rokowanie i leczenie. Szerzej i głębiej niż w innych znanych mi podręcznikach tego rodzaju, traktowane są schorzenia błędnika. Bardzo gruntownie opracował też autor schorzenia bocznych jam nosa z ich powikłaniami. W zakresie terapji uwzględnia podręcznik metody najnowsze tak operatywne jak i konserwatywne. Osobne rozdziały są poświęcone diatermji i klimatoterapji schorzeń laryngologicznych. Wartość dydaktyczną podnoszą liczne przeważnie schematyczne rysunki oraz radjogramy wyrostka sutkowego i bocznych jam nosa. Ogółem tablic 7 i 426 rycin. *J. D.*

Lortat-Jacob et G. Solente: *„La Cryothérapie"*. Wydane przez Masson et Cie. Paris. 1930. Stron 246, ilustracyj 38. Cena 35 fr.

Kryoterapją nazywamy miejscowe zastosowanie zimna dla celów leczniczych. Do tego celu używa się bądźto mieszanek, bądźto aparatów oziębiających poniżej — 80 stopni Cel. Najczęściej służy do tego celu zaśnieżony kwas węglowy, uciskany w odpowiednie pałeczki lub foremki. Dla uzyskania niższych temperatur można robić mieszankiześnieżonego kwasu węglowego z acetonem, dwusiarczkiem węgla, eterem i t. d. W ten sposób otrzymane papki stosuje się na większych powierzchniach, rozsmarowując szpatułką drewnianą. Efekt leczniczy i stopień natężenia odczynu po takiej bezpośredniej kryoterapji zależy od czasu trwania zabiegu i siły ucisku na tkankę.

Autor, jako konstruktor specjalnego aparatu do kryoterapji, nie jest zwolennikiem tej metody bezpośredniej i dlatego w swoim podręczniku omawia wszystkie wskazania i daje opisy metod leczniczych tylko przy zastosowaniu swojego aparatu.

W aparacie Lortat-Jacob zimno działa za pośrednictwem oziębionego metalu, w tym przypadku zapomocą tubusów z czystej miedzi o rozmaitych kształtach i różnych wymiarów. Która z tych metod jest lepszą, trudno ocenić. Przeciwnicy aparatu Lortat-Jacob twierdzą, że tubusy miedziane o kształtach czworo lub sześcio-boków, mogą doprowadzić do zbyt geometrycznych blizn lub blizenek w miejscu zadziałania, co przy dermatozach na twarzy byłoby wynikiem kosmetycznym niepożądanym. Przy opanowaniu jednak techniki tych zabiegów, można uniknąć takich niepowodzeń. Słusznem jest tedy zdanie, że każda metoda jest dobra o ile się ją całkowicie opanuje.

Autor daje cały szereg wskazań dla kryoterapji w dermatologji, ginekologji, stomatologji i okulistyce. Dla każdego z wymienionych działów skonstruował specjalne tubusy, ułatwiające wykonywanie zabiegów. Liczne ryciny ilustrują przypadki przed i po leczeniu, uwydatniając zalety tej metody.

Kauczyński (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Polski, rok VIII, nr. 1, z 1 stycznia 1932: W. Chodźko: Aktualne zagadnienia medycyny publicznej na terenie międzynarodowym. — St. Rudzki: Ustawodawcza walka z gruźlicą (c. d.). — W. Grzywo-Dąbrowski: Spędzenie płodu i dzieciobójstwo według projektu nowego kodeksu karnego Komisji kodyfikacyjnej Rzposp. Polskiej. — Z. Rudolf: Normy wody do picia, wybrane opinje i wnioski. — M. Skokowska-Rudolfowa: Stan liczebny aparatu przeciwgruźliczego i potrzeby w walce z gruźlicą w roku 1931. — Medycyna społeczna zagranicą. — A. Huszcza: O stanowisku lekarza w kasach chorych.

Patologja, rok I, Nr. 4 z roku 1931: J. Sumarówna i M. Stabrowski: Przypadek wrodzonego przerostu lewej połowy ciała u dziecka 13-letniego.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 4, z 24 stycznia 1932: G. A. Rosner: Nowe aparaty laboratoryjne. — J. Muszyński: Z wędrówek farmakologicznych po Europie. (c. d. n.). — Sprawy zawodowe.

Medycyna, nr. 2, z 21 stycznia 1932: A. Ławrynowicz: Stan obecny i kierunki rozwojowe mikrobiologii. — A. Soszka: W sprawie leczenia i przebiegu marskości wątroby. — J. Fliederbaum i M. Płońskier: Przypadek puchliny brzusznej niezwykłych rozmiarów. — J. W. Grott i M. Petrynowski: Zakażenie dwunastnicy i dróg żółciowych wielkouśćcem jelitowym. — W. H. Melanowski: Odwarstwowienie siatkówki i jego leczenie w świetle nowych poglądów. — K. Karaffa-Korbutt: Szkice społeczno-higjeniczne.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok IX, nr. 4, z 28 stycznia 1932: H. Higier: Wylew krwawy mózgowia (haemorrhagia cerebri), zator (embolia), zakrzep (thrombosis), i rozmiękczenie mózgu (encephalomalacia) w świetle ostatniej doby. — W. Grzywo-Dąbrowski: Samobójstwo czy zabójstwo z krótkiej broni palnej. — E. J. Gross: Przypadek odmy piersiowej w przebiegu duru brzusznego. — J. Penson: Patogeneza obrzęków w świetle nowych poglądów (streszcz pogl.). — M. Dominikiewicz: Specyfiki lecznicze oraz warunki ich wytwarzania i rozpowszechniania (dok.). — M. Erlich: W sprawie międzynarodowego mianownictwa (Debilitas vitae congenita).

Gastrologja Polska, tom III, nr. 4, z grudnia 1931: D. Zel-Zion: Krwawa biegunka zwrotnikowa (amebowa) wśród wychodźtwa polskiego w Jerozolimie. — H. Strauss: Przetaczanie krwi w leczeniu nieżytu wrzodziejącego esicy. — M. Lubelski i A. Szpilman: Przypadek wrzodziejącego zapalenia jelita grubego z bakteraemją (Bacillus faecalis alcaligenes) wyleczony autoszczepionkami.

Lekarz Wojskowy, tom 19, nr. 1, z 1 stycznia 1932: K. Łukasiewicz: Biologja szczepów błoniczo podobnych spotykanych przy cuchnącym nieżycie nosa (ozaena). — Al. Cybulski: W sprawie odczynów po szczepieniu przeciw tyfusowi brzusznemu. — J. Skorko: Złamania kości śródstopia. — T. Spasowicz: Mianowanie follikuliny (oestrina).

Przegląd Weterynaryjny, rok XLV, nr. 1 za styczeń 1932: T. Kucz: Doświadczenia nad przetaczaniem krwi u koni. — Eberle i Zenkner: Przyczynek do zagadnienia celowości światłolecznictwa w medycynie weterynaryjnej. — W. Leszko: Trychinoskopistka-włośnistka. — I. Maternowska: Przypadek gruźlicy mięśnia i worka sercowego u krowy. — W. Leszko: Jeszcze w sprawie kontroli i badania mięsa wprowadzonego w obrót, a pochodzącego z innej miejscowości. — M. Bełtowski: W jakich wypadkach obowiązujące przepisy zezwalają samorządowemu względnie prywatnemu lekarzowi wet. pełnienie czynności urzędowych w zastępstwie powiatowego lekarza weterynaryjnego i od jakiej władzy to zależy? — M. Stachurski: Caveant consules.

Wiadomości Kas Chorych, nr. 23—24, z roku 1931: Dział urzędowy. Z zagadnień ustawodawstwa ubezpieczeniowego. Z zagadnień organizacyjnych Kas Chorych. — Zagadnienia organizacji lecznictwa. Międzynarodowa polityka ubezpieczeniowa. Ubezpieczenia społeczne zagranicą. — Higjena pracy i choroby zawodowe. — Kasa chorych m. Warszawy. — Dział sprawozdawczy.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

La Présse médicale.

Nr. 78.

L. Cerf i N. Pauly: *Przecukrzenie krwi po zabiegach operacyjnych w zakresie jamy brzusznej.* Autorowie badali cukier we krwi przed i po zabiegu operacyjnym u 26 chorych. Przed zabiegiem przeważnie stwierdzali niedocukrzenie krwi, co tłumaczy się nienależytem odżywianiem takich chorych, a po zabiegach (na żołądku, wątrobie, wyrostku robaczkowym) krew była przecukrzona i to niezależnie od sposobu znieczulania (ogólne lub miejscowe). Autorowie nie roztrząsają mechanizmu powstawania przecukrzenia krwi, stwierdzają tylko, że dobre wyniki lecznicze w zaburzeniach pooperacyjnych otrzymywali przez stosowanie insuliny.

C. Alexandresco-Dersca i P. Focsa: *Trzy przypadki zespołu Bernheima.* Autorowie opisują niedomogę serca, wywołaną przez zmniejszenie komory prawej. Było to spowodowane wypukleniem przegrody komorowej wskutek przerostu i rozszerzenia komory lewej. Podają zmiany sekcyjne i wymiary odpowiednich odcinków serca.

Nr. 79.

L. Cornil i J. Fiolle: *Guzy jajnikowe, rozwijające się po zupełnem wytrzebieniu.* Na podstawie 3 przypadków, zbadanych histologicznie, autorowie omawiają powstawanie, patogenezę, objawy i rozpoznanie guzów, o utkaniu jajnikowem, pojawiających się w pewien czas po całkowitem wytrzebieniu. Przyjmują, że guzy takie pochodzą z nadliczbowych jajników. Z objawów klinicznych najczęściej występuje ból, krwawienia, a badaniem zewnętrznem stwierdza się guz. Następnie podają rozpoznanie różniczkowe między takiemi cystami a innemi guzami okołomacicznemi, oraz sposoby operacji.

Nr. 80.

E. Sergent, A. Baumgartner i R. Kourilsky: *Wskazania do przecięcia lub częściowego wycięcia płuca przy ropniu płuc.* Zabiegi operacyjne przy ropniu płuc są zależne od rodzaju ropnia, jego położenia, postaci anatomicznej, rodzaju bakteryj. Jeśli leczenie internistyczne nie prowadzi do celu, to w początkowych okresach można stosować terapję uciskową (odma sztuczna, przecięcie n. przeponowego) i drenowanie przez oskrzela. Jeśli w ciągu 1 miesiąca do 6 tyg. leczenie wewn. nie dało wyników, to należy przystąpić do operacji. Przecięcie płuca (pneumotomja) jest wskazana, jeśli ropień jest powierzchowny, nie za stary, w innych przypadkach raczej wskazane jest wycięcie płuc (pneumektomja). Autorowie podają 2 obserwacje i kilka zdjęć rentgenowskich.

P. Ravaut, J. Valtis i Guerra: *Guzkowa gruźlica skóry a tuberkulidy.* Autorowie podają swoje poszukiwania za przesączalną formą prątka gruźliczego u chorych z różnemi postaciami teburkulidów. Szczepienie zwierząt dało dodatni wynik w 1 przypadku sarkoidu podskórnego (tkanka), we wszystkich 4 przyp. tuberkulidów. Szczepienie zwierząt dało dodatni wynik w 1 przy. w 2 przyp. (na 10) tocznia rumieniowego (krew), w innych wynik był ujemny. Autorowie, opisując przypadki, przedstawiają badania i sposoby leczenia (m. i. przy pomocy szczepionki z formy przesączalnej prątka), oraz rozważają patogenezę tuberkulidów skóry. Przyjmują, że powstają one drogą krwi przez dostanie się przesączalnych form gruźlicy.

L. Bernard, Ch. Mayer i Sakellaropoulos: *Leczenie złotem chorych na gruźlicę w ciąży.* Autorowie obserwowali dobre wyniki przy leczeniu złotem gruźlicy u kobiet w czasie ciąży i polecają to leczenie jako zapobiegawcze przed ewentualnie pogorszeniem się gruźlicy w czasie połogu. Na 21 przyp. gruźlicy płuc leczonej chryzalbiną (dożylnie od 0,05 do 0,25, ogółem 4,5 g), z tego 14 przyp. gruźlicy wrzodziejąco-serowatej, — która pod wpływem ciąży i połogu z reguły pogarsza się, — tylko w 6 przyp. nie stwierdzili dobrych wyników. W tej liczbie znajdują się 4 przyp., które były niedostatecznie leczone, tak że na 10 przyp. ciężkiej gruźlicy, tylko 2 przyp. dały wynik negatywny.

H. Wohlers i S. Kadrnka: *Wartość kliniczna nefropyelografji przy pomocy abrodylu.* Autorowie podają technikę wstrzykiwania dożylnego nowej substancji jodowanej, wprowadzonej niedawno zamiast uroselektanu, t. j. abrodylu. Wstrzykują 20 g w 100 cm^3 wody w ciągu 3—5 min. Zdjęcia rentgenowskie wykonują w 20 min, a jeśli wydalanie abrodylu jest opóźnione, to w 50—75 min. Już po 5 min. można sporządzić obrazy rentgenowskie nerek, miedniczki nerkowe, dalsze drogi moczowe widzi się później. Następnie autorowie omawiają otrzymywane obrazy rentgenowskie (nefrogramy i pyelogramy), ich wartość rozpoznawczą w sprawach nerkowych i moczowodowych, podają wskazania i przeciwwskazania do stosowania tej metody rozpoznawczej i podkreślają, że wartość tej nowej metody polega nietylko na tem, że można badać drogi moczowe, nawet jeśli są niedostępne dla pyelografji wstępującej, ale i dlatego, że metoda ta pozwala widzieć sprawy, dotyczące miąższu nerkowego.

Nr. 81.

O. Lambret: *Zawieszenie opadniętej okrężnicy w kącie podwątrobowym.* W przypadkach nadmiernej ruchliwości okrężnicy wstępującej i kiszki ślepej, opadnięcia tej części kiszek i w związku z tem różnych zaburzeń, poleca autor operację trwałego zawieszenia tego odcinka. Podaje technikę tego zabiegu i zaznacza, że ten zabieg w odróżnieniu od wielu innych uwzględnia fizjologję okrężnicy.

G. Gibier-Rambaud: *Rola zakażenia zębowego w niektórych psychozach.* W 4 przyp. chorób psychicznych *(dementia praecox)* autor stwierdził zakażenie zębowe i wyhodował z korzeni zębowych paciorkowca zieleniejącego, hemolitycznego, neurotropowego. Po usunięciu ogniska zakażenia i pod wpływem leczenia swoistą szczepionką stan chorych wybitnie się poprawił i dlatego autor sądzi, że zakażenie zębowe może odgrywać pewną rolę w chorobach psychicznych.

Ch. Clavel: *Lawatywy kroplowe stęż. roztw. soli kuchennej.* Autor podaje dobre wyniki lecznicze w stanach niedrożności po zabiegach operacyjnych w zakresie jamy brzusznej, które otrzymywał przez stosowanie kroplówek przy pomocy 20% roztw. soli kuchennej.

Nr. 82.

M. Einhorn: *Próba trawienna z perełkami w praktyce lekarskiej.* Autor przypomina swoją próbę badania sprawności trawiennej soków żołądkowych i jelitowych, podaje dokładne wskazówki do sporządzania perełek z różnemi substancjami odżywczemi (mięso, katgut, grasica, łój barani, ziemniaki) i zaznacza, że metoda ta daje w praktyce dobre wyniki, na dowód czego przytacza kilka obserwacyj.

H. Velu: *Obecny stan wiadomości o przeszczepach jądrowych.* Autor referuje prace, dotyczące badań nad wpływem przeszczepiania jąder u zwierząt. Prawie wszyscy badacze, z wyjątkiem Woronowa zgodni są w tem, że wszczepione jądro ginie i resorbuje się w krótkim czasie, że wszczepienie u zwierzęcia niedojrzałego płciowo nie ma żadnego wpływu na jego wzrost, właściwości płciowe, rozwój wełny, czy też na potomstwo, może tylko wpłynąć na przyśpieszenie dojrzałości płciowej. U zwierząt starych wszczepienie jąder może wywołać krótką i przemijającą poprawę stanu ogólnego.

Nr. 83.

E. Leschke: *Znaczenie układu wegetatywnego w przemianie materji.* Autor omawia rolę układu wegetatywnego w przemianie wodnej (moczówka prosta), w przemianie cukrowej (cukrzyca) i tłuszczowej *(dystrophia adiposo-genitalis,* otłuszczenie konstytucjonalne).

Nr. 84.

Bergeret i Caroli: *Wycięcie żołądka i zespolenie żołądkowo-jelitowe w leczeniu wrzodu żołądka.* Autorowie podają wyniki po 37 wycięciach i 46 zespoleniach, wykonanych przed 3 laty oraz wskazania do tych zabiegów. Zaznaczają, że w ostatnich latach coraz częściej wykonują wycięcie żołądka, szczególnie przy wrzodzie małej krzywizny, przy wrzodzie zastarzałym i przy pęknięciu.

R. A. Gutmann: *Sprawdziany wyleczenia wrzodów żołądkowych i dwunastniczych.* Autor omawia wartość rozpoznawczą różnych objawów klinicznych, podmiotowych i przedmiotowych, rentgenologicznych, oraz różne kryterja kliniczne i rentgenologiczne wyleczenia wrzodu, i dochodzi do zdania, że niema pewnych danych rozpoznawczych, a tem mniej pewnych sprawdzianów, że istniejący wrzód został wyleczony. Sądzi, że w pierwszym okresie pojawiania się okresowych objawów wrzodu każde leczenie wewnętrzne może być dobre, ale żadne nie może być uważane za właściwe leczenie, ponieważ objawy chorobowe same znikają, by po pewnym czasie znów się pojawić. W drugim okresie wrzodu zastarzałego jedynym środkiem jest zabieg chirurgiczny.

S. F. Gomes da Costa: *Działanie insuliny na wrzodziejące raki skóry.* Autor podaje 3 przypadki raka skóry *(Ca. plano-i baso-cellulare),* które leczył przez miejscowe stosowanie insuliny w postaci roztw. lub maści. Po 2 miesiącach stwierdzał zabliźnienie wrzodu rakowego; pojawiające się w okolicy pierwotnego wrzodu nowe wrzodziki znikały równie łatwo pod wpływem miejscowego stosowania insuliny. Dalsza kilkumiesięczna obserwacja potwierdza, że zagojenie się wrzodu utrzymuje się w dalszym ciągu. Autor przypuszcza, że insulina wpływa miejscowo na przemianę materji w tkance rakowatej, nie sądzi jednak, by w tych wypadkach przyszło do trwałego wyleczenia.

Nr. 85.

P. Vallery-Radot i A. Lafitte: *Próby Volharda w badaniu czynności nerek.* Autorowie przeprowadzali czynnościowe badanie nerek porównawcze próbą „rozcieńczenia i zagęszczenia" według Volharda oraz oznaczali mocznik we krwi, stałą Ambarda i wydalanie fenolsulfoftaleiny. Nie stwierdzali zgodności tych prób; ani zdolność rozcieńczania czy zagęszczania moczu, ani też rozpiętość między najniższym a najwyższym cięż. gat. moczu, nie idzie w parze z innemi próbami. Dlatego też badanie według Volharda nie może zastąpić tamtych prób, jest to metoda, która daje pojęcie o pewnej czynności nerek i która powinna być uprawiana obok innych metod czynnościowego badania nerek. Wartość tej próby ilustrują autorowie kilkoma przykładami, gdzie inne metody zawiodły.

Nr. 86.

M. Villaret, L. Justin-Besançon i R. Cachera: *Nierównomierność krążenia (anisergie).* Autorowie terminem *„anisergie"* określają zdolność organizmu nierównomiernego oddziaływania różnych odcinków krążenia na ten sam bodziec. Przeprowadzając doświadczenia na psach, mierzyli ciśnienie krwi w tętnicy dogłowowej i t. zw. ciśnienie zwrotne w obwodowym końcu tętnicy udowej (dochodzące przez tętnice kolateralne), oraz ciśnienie żylne. Przekonali się, że różne środki farmakologiczne wywołują niewspółmierne różnice we wzroście lub spadku ciśnienia tętniczego, a nawet odmienne zachowanie się ciśnienia w obu odcinkach tętniczych. Ciśnienie żylne u zwierzęcia atropinizowanego po wstrzyknięciu adrenaliny nie podnosiło się jak normalnie. Badanie tętnicy siatkówkowej, dostępnej bezpośredniej obserwacji, potwierdzało, że skurcz lub rozszerzenie tej tętnicy jest niezależne od istniejącego w danej chwili ciśnienia ogólnego. Z tych doświadczeń autorowie wyciągają wnioski, że na środki farmakologiczne (ergotamina, acetylcholina, adrenalina) różne odcinki krążenia oddziaływują różnie, że posiadają one duży automatyzm i że zbadanie ciśnienia w jednym odcinku nie pozwala sądzić o całości krążenia.

Nr. 87.

L. Bernard i J. Paraf: *Nerczyca lipoidowa a nephritis tbc. hydropigenes.* Na podstawie obserwacyj i badań klinicznych 3 przyp. (2 badane również sekcyjnie) zajęcia nerek na tle gruźliczem *(nephr. hydrpig. tbc.),* które posiadają wszystkie objawy nerczycy lipoidowej (duże obrzęki i białkomocz, ciała podwójnie łamliwe w moczu, wzrost lipoidów, zmniejszenie białka i odwrócenie stosunku albumin do globulin we krwi), autorowie sądzą, że nerczyca lipoidowa, opisana przez niemiecką szkołę, nie jest niczem innem jak znaną oddawna *nephr. hydropigenes tbc.* Zgodni są w tem zdaniu z innymi badaczami francuskimi, a dla nerczycy lipoidowej przeznaczają tylko przypadki o nieznanej etjologji.

Nr. 88.

M. Chiray, J. Lesage i E. Taschner: *Wydalanie tetrajod-fenolftaleiny a cholecystografja.* Autorowie badali wydalanie się żółcią wątrobową tetrajodfenolftaleiny w 25 przyp. Żółć wątrobową otrzymywali przez sondę dwunastniczą i oznaczali w niej jod. Tetrajodfenolftaleinę podawali doustnie. Porównując zachowanie się wydalania u różnych chorych i badając w różnych odstępach czasu, stwierdzili, że krzywa wydalania jodu nie przebiega równomiernie, ale że są okresy wzrostu i spadku wydalania. Największe stężenie jodu po doustnem podaniu stwierdza się po 3—6 godz., najwyższe bezwzględne wydalenie jodu jest w 11—13 godz., przyczem wydalanie jodu utrzymuje się długo (24 godz. i dłużej). Zastanawiając się nad przyczyną okresowego wydalania fenolftaleiny, autorowie przypuszczają, że ciało to zatrzymuje się w układzie siat.-śródbł. i wydala się przez wątrobę po uwolnieniu się połączeń białkowych.

Nr. 89.

R. A. Gutmann i Nemours Auguste: *Prosty sposób przedstawienia fałdów błony śluzowej żołądka.* Dobre rentgenowskie zdjęcia fałdów żołądka można otrzymać w następujący sposób: Choremu podaje się środek kontrastowy, składający się z mieszaniny ciała kontrastowego i 2 żółtek jaja, poczem chory kładzie się na boki, na grzbiet i na brzuch. Zdjęcia wykonuje się w ostatniej pozycji. Autorowie zalecają ten sposób, przedkładając kilkanaście zdjęć fałdów żołądka w niektórych stanach chorobowych.

E. Dozelot i M. Iselin: *Międzypłatowe zapalenia opłucnej a ropień płuc.* Autorowie zaznaczają, że ostatnio coraz to rzadziej rozpoznaje się międzypłatowe zapalenia opłucnej, a coraz częściej stwierdza się ropnie płuc, tak, że niektórzy negują nawet istnienie takiego zapalenia opłucnej. Dlatego opisują przypadek i podają zdjęcia rentgenowskie, gdzie międzypłatowe zapalenie opłucne wystąpiło w związku z ropniem płuc. Pod wpływem leczenia klinicznego ustąpiło zapalenie opłucnej, a po dalszem leczeniu wewnętrznem nastąpiło zupełne wyleczenie ropnia.

G. Loewy: *Stałe odprowadzenie żółci na zewnątrz, zmiękniènie kości i przerost gruczołów przytarczycznych.* Autor odprowadzał u psa żółć na zewnątrz przez połączenie przewodu żółciowego z moczowodem. Pies żył przez 15 miesięcy. Za życia występowały u psa krwawienia z przewodu pokarmowego. Przy sekcji można było stwierdzić zmiękninie kości i przerost przytarczyc. Autor podaje badania mikroskopowe wielu narządów. Badanie krwi na zawartość wapnia przez cały czas życia zwierzęcia nie wykazało większych odchyleń od normy, co tłumaczy się tem, że szkielet stale się odwapniał. W wystąpieniu zmięknienia kości utrata wapnia przez żółć jest — jak autor oblicza — stosunkowo nieznaczna, o wiele ważniejsze jest niewykorzystanie wapnia pokarmowego wskutek braku żółci oraz strata wapnia w postaci mydeł wapniowych i niewchłanianie witaminy D. Przerost gruczołów przytarczycznych autor tłumaczy zaburzeniami w ilości jonu wapniowego, i wskutek tego pobudzeniem przytarczycy do rozrostu.

E. Piot i J. Picarda: *Uwagi o rozpoznaniu radjologicznem zapalenia wyrostka robaczkowego a spraw okołokątniczych (perivisceritis ileo-coecalis).* W rozpoznaniu zapalenia wyrostka robaczkowego największą wagę kładą na wykazanie punktu bolesnego i w tym celu polecają systematyczne badanie w odpowiednich ułożeniach. W rozpoznaniu zrostów i innych spraw okołokątniczych zwracają uwagę na zastój mas kałowych w jelicie czczem, na ułożenie, spazmy lub rozszerzenie kiszki ślepej.

Skowroński (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.
Surgery, Gynecology and Obstetrics.

1931. LIII. 3.

F. Chandler: *Uszkodzenia „isthmus" dolnych kręgów lędźwiowych i ich stosunek do spondylolistesis.* Nazwa autora „isthmus" odnosi się do części międzystawowej łuku, będącej najbardziej zwężoną. Część ta jest prawidłowo sztywna i niesprężysta. Najniższy odcinek kręgosłupa lędźwiowego wykazuje przodozgięcie, co przyczynia się do zwężenia i zcieńczenia wspomnianej części łuku pod wpływem ciężaru ciała; może nawet nastąpić oddzielenie części łuku od reszty kręgów. W braku odbudowy kostnej powstaje zrost łączno-tkankowy, nie stanowiący dostatecznie silnego wiązania, wskutek czego pod dalszym wpływem ciężaru wytwarzają się w tym miejscu następowe zmiany patologiczne. Stać się to może nietylko u dorosłego, ale i w wieku dziecięcym.

Obserwacje kliniczne autora tyczą 18-tu przypadków, w tem 9 mężczyzn, 9 kobiet. Przeciętny wiek 34 i pół lat. Objawy we wszystkich przypadkach brały swój początek od urazu; w 12-tu przypadkach wystąpiły nagle, w 6-ciu stopniowo po wielokrotnych urazach.

Główny objaw stanowił ból w krzyżach, promieniujący od kości krzyżowej ku stawom krzyżowo-biodrowym. Rentgenologicznie stwierdzono zmiany we wszystkich 18-tu przypadkach, w tem w 15-tu znachodziły się w 5-tym, w 2-ch w 4-tym i 5-tym, w 1-ym w 4-tym kręgu lędźwiowym. Rozczepu kręgów lędźwiowych nie wykazano.

50% przypadków poddano zabiegowi operacyjnemu (zabieg Hibbsa); we wszystkich stwierdzono ruchomy fragment odłamanego łuku, zrośnięty z pozostałą częścią zapomocą wiotkiej tkanki łącznej. W 5-ciu przypadkach wolny fragment znacznie wystawał, tworząc widocznie wypuklenie.

(Pracę uzupełnia szereg udanych i dokładnych rentgenogramów).

Janik (Iwonicz).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z posiedzenia naukowego wspólnie z Gremjum Aptekarzy Małopolski Zachodniej z dnia 14 października 1931.

Przewodniczący: Prezes Prof. Walter.

Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego z dnia 24 czerwca b. r. odczytano i przyjęto.

P. Mag. farm. Henryk David wygłosił odczyt p. t.: *Ostatnie rozporządzenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w sprawie wydawania leków w aptekach publicznych.* (Patrz „Praktyka Lekarska" 1932 r. styczeń).

W dyskusji: Kol. Landau składa podziękowanie zarówno Gremjum Aptekarzy jak i prelegentowi za zaznajomienie z przepisami, które są mało znane szerszemu ogółowi lekarzy poza lekarzami, pracującymi w większych szpitalach. Trudno mu się pogodzić z ograniczeniami przywozu względnie zakazem przywozu środków leczniczych zagranicznych t. zw. specyfików, ponieważ w kraju nie posiadamy odpowiednich.

Kol. Boczar zwraca uwagę na niektóre paragrafy, które nietylko nie przynoszą korzyści, ale przeciwnie utrudniają leczenie zarówno lekarzom jak i samym chorym, trudności te spowodowane są, między innemi, imiennemi receptami, a w pierwszym rzędzie do nich zalicza recepty z pochodnemi arsenobenzolu, których właściciele, z wiadomych powodów, chcą pozostać nieznanymi.

Kol. Blassberg podziela zdanie kol. Landaua, iż ograniczenie przywozu leków zagranicznych, których nie posiadamy w kraju, przynosi szkodę lekarzom, a w pierwszym rzędzie chorym.

Sprawozdanie z posiedzenia naukowego z dnia 21 października 1931 r.

Przewodniczący: Wiceprezes Płk. Dr. Maciąg.

Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego z dnia 14 października b. r. odczytano i przyjęto.

Kol. Felix i Kol. Tochowicz wygłosili odczyt p. t.: *Badania kliniczne i doświadczalne nad działaniem acécolin'y i angioxyl'u.* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji: Kol. Blasberg, opierając się na pracach Popielskiego, zapytuje, czy czynnikiem działającym nie jest tu wazodylatyna. *Acécolin'ę* stosował w prywatnej praktyce w przypadku *claudicatio intermittens* z pomyślnym wynikiem, natomiast próby leczenia zapomocą *acécolin'y*, przeprowadzone w szpitalu wypadły bez rezultatu, a nawet w przypadku hipertenzji u osoby w starszym wieku nastąpiło zejście (udar mózgowy).

Kol. Prof. Pelczar wspomina o swoich doświadczeniach, przeprowadzonych nad wyżej wspomnianemi preparatami i dochodzi do wniosku, iż czynnikiem działającym nie są związki cholinowe, które nie działają zupełnie na układ nerwu błędnego, natomiast wchodzą w grę pochodne ciał purynowych.

Kol. Doc. Szymanowicz interesuje się temi preparatami jako położnik ze względu na rzucawkę porodową; *acécolin'ę* stosował w podobnym przypadku i uzyskał dobre wyniki, gdyż ciśnienie spadło z 220 m/m Hg na 160 m/m Hg.

W odpowiedzi kol. Felix (streszczenie własne) kol. Blasbergowi zaznacza, że pojęcie wazodylatyny już dawno upadło i że chodzi tu o działanie histaminy. W odpowiedzi kol. prof. Pelczarowi: wyniki badań dotyczących działania t. zw. hormonów krążenia przeprowadzone przez kol. prof. Pelczara są zupełnie zgodne z wynikami badań własnych, potwierdzają bowiem wnioski, że chodzi tu o działanie kw. adenozynofosforowego względnie jego pochodnych.

Sprawozdanie z posiedzenia naukowego z dnia 28 października 1931 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Walter.

Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego z dnia 21 października b. r. odczytano i przyjęto.

Kol. Prezes wygłasza wspomnienie pośmiertne ku czci ś. p. Prof. Franciszka Krzyształowicza, byłego Prezesa Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego i długoletniego członka, co obecni uczcili przez powstanie. (Streszczenie własne).

Strata jaką poniosła nauka polska jest niepowetowaną. Nazwisko zmarłego uczonego znane było szeroko poza granicami Polski, związane na zawsze z Jego dziełem i Jego odkryciami. W ciągu swej 30-letniej działalności naukowej i dydaktycznej ogłosił wiele prac z dziedziny nauk o chorobach skórnych i wenerycznych. Był pierwszym pionierem histopatologji w Polsce, z którą zapoznał się w pracowni Prof. Unny w Hamburgu. Pierwszy wspólnie z prof. U. J. Siedleckim zajmował się zagadnieniem odkrytego w 1905 r. krętka bladego i kiłą doświadczalną. Ulubionym tematem prac i badań naukowych Zmarłego były zagadnienia o roli paciorkowców w powstawaniu chorób skórnych.

Był członkiem honorowym wielu Towarzystw naukowych zagranicznych, był Rektorem Uniw. Warszawskiego, twórcą związku słowiańskich dermatologów. Związany ściśle węzłami rodzinnemi i towarzyskiemi z Krakowem, gdzie był Dyrektorem Kliniki Dermatologicznej U. J., Prezesem Tow. Lekarskiego, opuścił go w poczuciu obowiązku objęcia nowej ważnej placówki naukowej w stolicy.

Cześć Jego świetlanej pamięci.

Kol. Doc. Artwiński i Kol. Gradziński wygłosili odczyt p. t.: *Leczenie porażenia postępującego.* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji: Kol. Blasberg zapytuje co Wagner-Jauregg uważa za specyficzność w leczeniu, gdyż wiadomo, że chinina, która jest specyfikiem w leczeniu malarji również *in vitro* nie działa; zastanawia się nad powodzeniem badań Wagner-Jauregga w odróżnieniu od poprzedników, którzy posługiwali się szczepionkami bakteryjnemi i jest zdania, iż należy to przypisać temu, że W.-J. użył do doświadczeń nie bakteryj, lecz pasorzytów świata zwierzęcego *(malaria-Spirochaeta Obermeieri).*

Kol. Prof. Kostrzewski w odpowiedzi kol. Blasbergowi zaznacza, że w pierwszym rzędzie rozchodzi się w danym wypadku o wpływ gorączki na organizm schorzały bez względu na jakość tła bakteryjnego, przyczem powołuje się na t. zw. „różę zbawienną" po zabiegach operacyjnych i cofanie się spraw chorobowych n. p. łuszczycy w przebiegu duru brzusznego. Nie należy więc przypisywać własności leczniczych ani krętkowi Ober-

meiera, ani też pasorzytowi zimnicy, stosowanie zaś zimnicy i gorączki powrotnej jest wygodne z tego powodu, że możemy wpływać na czas trwania zakażenia i przerwać je w każdej chwili.

Kol. Doc. Zieliński.

Kol. Rost wspomina o pracy kol. Bornsteina, który na zasadzie statystyki, przeprowadzonej pomiędzy chorymi na porażenie postępujące, żydami i nieżydami, — ustalił, iż zwolnienia (remisje) są u żydów rzadsze, z czego należałoby wyciągnąć wniosek, że również odgrywają tu rolę i własności rasowe.

Kol. Prezes (streszczenie własne) omawia leczenie podniesieniem ciepłoty, wywoływanej wstrzykiwaniami szczepionki durowej, szczepionki „Dmelcos" i leczenie zimnicą szczepioną, które stosuje u chorych kiłowych przedewszystkiem ze zmianami chorobowemi w płynie mózgowo-rdzeniowym i w przypadkach długo utrzymującego się we krwi odczynu Wassermanna, mimo energicznego leczenia. Leczenie to nazywa leczeniem dopełniającem i uważa, że w wielu przypadkach kiły należy pobudzić ustrój do współdziałania w zwalczaniu zakażenia. Same środki lecznicze, chociaż działają bardzo wybitnie, jednakowoż w niektórych przypadkach nie wywołują pożądanego skutku — ustrój bowiem nie może wziąć udziału w walce z krętkiem bladym. Następnie omawia farmakodynamikę działania poszczególnych środków przeciwkiłowych, podnosząc pewne różnice, zachodzące w działaniu środków grupy metali ciężkich a przetworów arsenobenzolowych.

Przy współleczeniu zimnicą działa nietylko ciepłota, ale bodziec, jakim jest obecność pasorzyta w ustroju i zmiany zachodzące pod jego wpływem.

Kol. Doc. Artwiński w odpowiedzi stwierdza, iż zimnica nie działa na choroby konstytucyjne n. p. *psychosis maniacalis depressiva*, również nie nadaje się do leczenia porażenia postępującego zimnica podzwrotnikowa. Przebyta zaś poprzednio zimnica nie uchroni chorego przed porażeniem postępującem, co obserwował na oddziele w kilku przypadkach.

Sprawozdanie z posiedzenia naukowego z dnia 4 listopada 1931 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Walter.

Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego z dnia 28 października b. r. odczytano i przyjęto.

Kol. Prof. Latkowski wygłosił odczyt p. t.: *O schorzeniach kręgosłupa"* z demonstracjami chorych, omawiając przytem szczegółowo etjologję, obrazy kliniczne, rozpoznanie różniczkowe, leczenie i prognozę poszczególnych chorych.

W dyskusji: Kol. Mester (streszczenie własne) wskazuje na ważność tła dla *spondylarthritis ankylopoëtica* w postaci zakażenia wiewiórem i to, jak w trzech przez siebie obserwowanych przypadkach, zakażenie spowodowało wielostawowe zapalenie gonokokowe w 2-gim — 3-cim tygodniu po zakażeniu. Pacjenci ci w kilka lat później zapadli na *spondylarthritis ankylopoëtica* (gonokok artrotopowy?). Co do leczenia stosuje w *spondylosis deformans* obok jodu i siarkę, zaś w *spondylarthritis ankylopoëtica* preparaty złotowe — wyniki poda po pewnym czasie.

Kol. Prof. Walter (streszczenie własne), stwierdzając zmiany łuszczycowe u chorego ze *spondylarthritis ankylopoëtica*, przypuszcza, że zmiany chorobowe są w związku z istniejącą łuszczycą. Dermatologja zna postać chorobową łuszczycy t. zw. *Psoriasis arthropathica*, występującą najczęściej u młodych ludzi. Zmiany chorobowe w stawach prowadzą z czasem do zniekształceń i zmian w czynności stawów. Nowoczesne zapatrywania na etjologję łuszczycy wskazują na możliwość istnienia zmian w czynnościach gruczołów dokrewnych, występującej w łączności ze zmianami zapalnemi w stawach, — może więc należałoby myśleć o możliwości zmian chorobowych w tychże gruczołach.

Kol. Prof. Latkowski (autoreferat). W odpowiedzi prof. Walterowi co do związku *psoriasis* ze *spondylarthritis ankylopoëtica* zauważa, że ani on sam takiego zespołu nie spostrzegał, ani nie znalazł opisów podobnych w piśmiennictwie, choć *psoriasis* towarzyszy przewlekłym zmianom stawowym. Również związek gruczołów dokrewnych ze schorzeniami stawowemi jest tylko pośredni. Gruczoły dokrewne mogą być tylko czynnikiem sprzyjającym i usposabiającym w rozwoju zmian stawowych, żadną zaś miarą czynnikiem wywołującym sprawy zapalne jak *spondylarthritis ankylopoëtica*, co już podniósł Bauer. Gruczoły dokrewne działają zresztą nie bezpośrednio na stawy, lecz za pośrednictwem nerwów wegetacyjnych i systemu naczynioruchowego. Stan naczyń krwionośnych odgrywa w powstawaniu zmian stawowych, szczególnie w okresie przekwitania u kobiet, lub późniejszym wieku u mężczyzn ogromną rolę w rozwoju i przebiegu zmian stawowych, co prof. Latkowski podkreślił na Zjeździe Internistów w swym referacie o goścu. Właśnie zmiany naczyniowe, upośledzając prawidłowe odżywianie stawów i tkanek okołostawowych, wpływają na rozwój takich postaci jak *spondylosis deformans*. Co do etjologji rzeżączkowej *spondylarthritis ankylopoëtica* to jest ona możliwą lecz bardzo rzadką, tak jak również bardzo rzadkiem i dotąd należycie nieudowodnionem jest poruszane na Zjeździe przez Doc. Czerneckiego tło gruźlicze.

U przedstawianego chorego etjologja rzeżączkowa *spondylarthritis ankylopoëtica* jest na podstawie dokładnego badania klinicznego wykluczona.

Demonstracje chorych z I kliniki wewnętrznej U. J.

Kol. Sokołowski (streszczenie własne). Chora M. H. l. 23, L. dz. 573 zgłosiła się do kliniki przed 3 tygodniami z powodu bólów gniotących w lewej połowie brzucha, bólów głowy i ogólnego osłabienia. Choroba rozpoczęła się wśród opisanych objawów w marcu b. r., od tego też czasu brak perjodów. Dziedziczność i warunki życia bez ważniejszych szczegółów.

Badaniem przedmiotowem z odchyleń od normy, poza nieznacznem powiększeniem gruczołów limfatycznych pachowych i pachwinowych, stwierdzało się jedynie duży guz śledziony sięgający aż do spojenia łonowego, gładki niebolesny. Wykonano badanie krwi obwodowej i szpiku kostnego przez nakłucie rękojeści mostka metodą Arinkina. Zarówno w krwi obwodowej jak i szpiku kostnym stwierdzono obraz odpowiadający typowej białaczce szpikowej, przyczem nie było różnicy w odsetkowym stosunku krwinek białych między szpikiem a krwią obwodową, ponadto zauważono zarówno w szpiku jak i w krwi obwodowej dość znaczną ilość komórek dużych o zarodzi, słabo zasadowo-barwiącej się z rozsianemi grubemi ziarnistościami przeważnie kwaso- i zasadochłonnemi; jądra tych komórek owalne lub nieregularne wieloboczne wykazywały strukturę siateczkowatą z rozrzuconemi tu i ówdzie jąderkami. Komórki te odpowiadały w zupełności komórkom opisanym przez Ferratę jako hemohistjocyty, występujące w warunkach prawidłowych jedynie w szpiku kostnym.

Mamy zatem do czynienia z przypadkiem białaczki szpikowej, w którym taki sam obraz odsetkowy w krwi obwodowej i w szpiku kostnym zarówno w odniesieniu do krwinek białych jak i do komórek Ferraty świadczy o całkowitem zniesieniu progu, który w warunkach fizjologicznych normuje wzajemny stosunek ilościowy i jakościowy krwinek białych w szpiku i w krwi obwodowej. Co do natury komórek Ferraty, to obecnie nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięte, czy są to jak twierdzi Ferrata komórki macierzyste wszystkich elementów szpikowych, czy też, jak twierdzi Naegeli, są to jedynie zwyrodniałe myeloblasty.

W dyskusji: Kol. Braun i prof. Tempka, którzy zastanawiali się nad pojawieniem komórek Ferraty we krwi obwodowej, polemizują ze stanowiskiem Naegeli'ego, który uważa je za formy degeneracyjne.

Kol. Braun przedstawia przypadek z niedomogą gruczołów dokrewnych (gr. przytarczyczne, nadnercza, organy płciowe wewnętrzne, przysadka mózgowa) z jednoczesnem upośledzeniem funkcji gruczołów wydzielniczych *(achylia gastrica)*.

Demonstracje chorych z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jag.

Kol. Górski przedstawia preparat *usuniętego operacyjnie mięśniaka*, który uległ zwyrodnieniu mięsakowatemu i przebił do jamy otrzewnowej poprzez ścianę macicy.

Kol. Prof. Zubrzycki przedstawia 1) przypadek *raka trzonu macicy*, przechodzącego na szyjkę, a imitujący przy badaniu polip macicy i dlatego radzi w każdym wypadku polipa przeprowadzać badania histopatologiczne.

2) preparat *mięśniaków macicy*, częściowo znekrotyzowanych, usuniętych operacyjnie, jednocześnie zaznacza, iż rozpoznanie było utrudnione z powodu znacznej wielkości mięśniaków.

Sekretarz doroczny: *Dr. St. Roman.*

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXIX. Posiedzenie naukowe, odbyte dnia 17. listopada 1931 r. w sali wykładowej Kliniki Wewnętrznej.

Przewodn.: Kol. S. Ruff.

1) Odczytanie protokółu z poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. A. Falkiewicz przedstawił przypadek *endocarditis lenta* obserwowany przed dwoma i pół laty w Klinice jako przypadek zwyczajnej wady zastawkowej, która wskutek następowego dwukrotnego zakażenia z migdałków przeszła w *endocarditis lenta*. Zwraca uwagę na bardzo rzadko spotykane zaburzenia rytmu w przypadkach zakaźnego zapalenia wsierdzia, co ilustruje do pewnego stopnia przedstawiony przypadek, w którym dłuższy czas obserwowane drżenie przedsionków z chwilą przejścia sprawy chorobowej w *endocarditis lenta*, ustąpiło miejsca normalnemu rytmowi zatokowemu.

3) Kol. J. Goertz i J. Tumidajski przedstawili przypadek *ostitis fibrosa cystica generalisata* z poprawą po operacyjnem usunięciu gruczolaka gruczołu przytarczycznego. (przezn. do druku w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji Kol. Hilarowicz omawia ze stanowiska chirurgicznego zapatrywania na wyniki lecznicze operacji gruczołów przytarczycznych.

4) Kol. Olszewski przedstawił przypadek nieoperacyjnego raka żołądka u 16-letniej kobiety oraz omówił pokrótce zestawienie obserwowanych w tutejszej klinice nowotworów złośliwych u osób młodych.

5) Kol. Grek przedstawił przypadek torbieli trzustki u 35-letniej kobiety. Od 3 lat gniecenie i okresowe tępe bóle w górnej części brzucha. Przedmiotowo macalny w podżebrzu lewem, elastyczny guz wielkości głowy dziecka, zachodzący pod łuk żebrowy lewy, przekraczający ku środkowi na prawo nieco linję środkową. Wynik badań dodatkowych przemawia za torbielą trzustkową, wychodzącą prawdopodobnie z ogona.

W dyskusji Kol. Rencki wspomina o obserwowanym w Klinice drugim przypadku torbieli trzustki, która przebiła do żołądka i w ten sposób uległa samowyleczeniu. Kol. Nowicki podnosi, że istnieją dwa rodzaje torbieli trzustki a) prawdziwe, b) wrzekome, te drugie znacznie częstsze od pierwszych.

6) Kol. Rencki wygłosił wykład p. t. *„telefonendoskop w Klinice wewn.“* oraz przedstawił aparat i jego zastosowanie. (przeznaczone do druku w Pol. Gaz. Lek.).

XXX. Posiedzenie naukowe odbyte dnia 4. grudnia 1931.
Przewodn.: Kol. S. Ruff.

Na wstępie Kol. Przew. powitał zaproszonych gości z urzędu ubezpieczeń, Inspekcji pracy, Opieki Społecznej i Szefostwa Sanitarnego.

1) Odczytanie protokółu z poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Grabowski przedstawia *rentgenogram z przypadku uchyłka nadprzeponowego przełyku, wielkości jabłka, stwierdzonego u 56. letniego mężczyzny.* Omawia rozpoznanie różniczkowe i obraz kliniczny uchyłków przełyku, podkreślając rzadkość występowania tego rodzaju zmian patologicznych. Uchyłek przedstawiony uważa za trakcyjno-pulsyjny.

3) Kol. A. Falkiewicz przedstawił elektrokardjogramy skurczów dodatkowych z przegrody międzykomorowej w przypadku bloku ramienia(przezn. do druku).

4) Kol. Czyżewski przedstawia kobietę 23 letnią, która od marca 1931 choruje na *przewlekły ropny otok opłucnej dokoła pozostawionej igły.* Po wielokrotnem nakłuciu wykonano u niej w kwietniu wycięcia żebra. W październiku operowano powtórnie z powodu utrzymującej się przetoki, wówczas po wycięciu przedniej ściany ropnia według zasady Schedego wydobyto z ropnia ułamaną igłę Recorda długości około 6 cm, poczem nastąpiło wygojenie.

5) Kol. Szumski wygłosił wykład p. t. *„Sprawozdanie z kursu orzecznictwa i chorób zawodowych w Düsseldorfie oraz uwagi na temat organizacji i działalności instytucyj ubezpieczeń i opieki społecznej w Niemczech i w Polsce.* (pojawi się w druku w Pol. Gaz. Lek.).

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 3 listopada 1931 r.

1) Protokół posiedzenia naukowego z dn. 27 października 1931 r. przyjęto.

2) Prezes odczytuje tytuły prac nadesłanych do Towarzystwa.

3) Kol. W. Markert i J. Krzepisz, przedstawili *„Przypadek choroby Pageta“.* (Streszczenie własne).

Chory zgłosił się do II-ej Klin. chor. wewn. U. W. ze skargami na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. W toku badania zwrócono uwagę na duży rozmiar i dziwny kształt głowy. Dowiedziano się od chorego, że w 1908 r., mając wtedy 46 lat i kupując kapelusz, zauważył, że musi wziąć o jeden numer większy, niż poprzedni i że obwód nowego kapelusza wynosi 57 cm, dwa lata później obwód głowy 59 cm, w 1917 r. 60 cm. W 1918 r. zaczął gorzej słyszeć na lewe ucho. W 1919 obwód głowy 64 cm, zmienił się zgryz, zaczął nieprawidłowo ścierać sobie zęby. W 1924 r. zaczął gorzej słyszeć na prawe ucho. Obecnie na lewe ucho nie słyszy zupełnie, na prawe z trudnością. Obwód głowy wynosi 67 cm. Na twarzy zmienił się bardzo, kości jarzmowe zgrubiały i rozszerzyły się. Również zgrubiała i lekko wysunęła się ku przodowi szczęka górna .Badanie wykazuje osobnika wzrostu i budowy prawidłowej. Kształt głowy czworokątny, duże czoło, ogromny strop. Powierzchnia czaszki gładka niebolesna. Skóra lekko napięta, mało owłosiona. Opukiwanie czaszki — odgłos pudełkowy. Obojczyk prawy o nierównej powierzchni, zgrubiały. W narządach wewnętrznych: nieżyt błony śluzowej żołądka z przejściem na drogi żółciowe, rozedma płuc, miażdżyca tętnic, zwyrodnienie mięśnia sercowego w okresie wyrównania.

W moczu odchyleń nie stwierdza się. W zawartości żołądka naczczo i po próbnem śniadaniu brak wolnego kwasu solnego.

We krwi stosunki prawidłowe. Poziom wapnia w surowicy 10,6 mg %, poziom mocznika, chlorków, cukru — prawidłowy. Cholecystografja — 0, bilirubina we krwi nie powiększona. Wassermann krwi — ujemny.

W różnicowaniu wymieniono akromegalję, *leontiasis ossea, ostitis syphilitica, ostitis fibrosa Recklinghauseni.*

Zdjęcie rentgenowskie czaszki (kol. J. K.) wykazało: czaszkę bardzo dużą, symetrycznie kopulastą od przodu, nieco wydłużoną w wymiarze przednio tylnym. Sklepienie czaszki silnie zgrubiałe w części potylicowej, a zwłaszcza w okolicy guzowatości potylicowych (4 cm grubości) następnie łagodnie cieńczeje w kierunku ku przodowi, wykazując najmniejszą grubość tuż powyżej szwu ciemieniowo potylicowego, stąd zaczyna grubieć, osiągając w okolicy ciemieniowej 3 cm a w okolicy czołowej 3,5 cm. Blaszki, wewnętrzna i zewnętrzna sklepienia czaszki również zgrubiałe, o zwartej budowie kostnej, wywołanej miejscowem przewapnieniem i zagęszczeniem, robią wrażenie jakby rozsuniętych przez szeroką, porowato wyglądającą warstwę śródkościa, wyraźnie widoczną w okolicy czołowej i częściowo w ciemieniowej. Śródkoście útkaniem przypomina gąbkę, gdzie obok intensywnych silnie uwapnionych i ostro odgraniczających się ognisk cieniowych widoczne są również liczne o nieregularnych zarysach wyjaśnienia, odpowiadające odwapnieniom. Stąd też czaszka posiada wygląd plamisty. Granice między blaszkami a śródkościem zatarte. Podstawa czaszki wygładzona, zwłaszcza okolica piramid tworzy wraz ze sklepieniem dosyć regularne półkole. Siodełko tureckie małe, o ostrych zarysach i dobrze wykształconych wyrostkach pochyłych. Zatoki czołowe mało widoczne i niesymetryczne, lewa większa od prawej. Procesem chorobowym objęte są również i kości części twarzowej czaszki z wyjątkiem żuchwy, ich zarysy są zatarte, a szczegóły budowy niewidoczne. Opierając się na powyższych danych klinicznych i rentgenologicznych, rozpoznano chorobę Pageta.

4) Kol. J. Felix wygłosił odczyt p. t. *„Badania doświadczalne na zwierzętach oraz kliniczne nad działaniem acetylocholiny i angjoksylu“,* praca wykonana wspólnie z kol. L. Tochowiczem, (streszczenie własne).

Wyniki doświadczeń są następujące: Acetylocholina jest śródkiem, powodującym wybitne obniżenie ciśnienia krwi i to zarówno w stosunku do wartości bezwzględnego spadku, jak i czasu trwania zniżki ciśnienia. Zwłaszcza długotrwałe działanie hipotenzyjne acetylocholiny występuje po wprowadzeniu tego środka domięśniowo. Wybitne to działanie acetylocholiny powstaje wskutek znacznego rozszerzenia naczyń, przedewszystkiem naczyń skórnomięśniowych i jelitowych. Naczynia nerki *in situ* ulegają jedynie biernemu rozszerzeniu; naczynia wątroby i płuc pozostają bez zmiany. Czynnikiem współdziałającym w obniżeniu ciśnienia, i to w pierwszym okresie działania jest przedewszystkiem niewątpliwie osłabienie pracy serca, polegające na wybitnem zmniejszeniu siły skurczu i zwolnieniu rytmu. Acetylocholina wprowadzona dożylnie powoduje nawet całkowite natychmiastowe zahamowanie czynności serca; wprowadzona domięśniowo nie wywołuje wprawdzie zahamowania, zmniejsza jednak również znacznie amplitudę skurczu i zwalnia wybitnie czynność serca. Ponadto ulega i objętość serca zwiększeniu, powodując ostry zastój w sercu i potęgując tem samem działanie depresyjne acetylocholiny. Ujemne działanie na pracę serca powstaje wskutek drażniącego wpływu acetylocholiny na zakończenia sercowe nerwu błędnego. Również i rozszerzenie naczyń krwionośnych polega na drażniącem działaniu acetylocholiny na obwodowy aparat naczynioruchowy, rozszerzający, nie wykluczając tem samem współudziału i ośrodka naczynioruchowego. Do ujemnego działania acetylocholiny należy również zaliczyć zmniejszony wypływ z naczyń wieńcowych serca, co mogłoby, przy równoczesnem upośledzeniu skurczu serca, przemawiać za działaniem zwężającem naczynia wieńcowego serca. Doświadczenia nasze z angjoksylem dadzą się podzielić na 4 zasadnicze grupy: doświadczenia 1) na psach, 2) na wyodrębnionem sercu żaby i królika, 3) perfuzyjne na króliku i 4) onkometryczne na kotach. Na podstawie tych doświadczeń dochodzimy do następujących wniosków: wyciąg hipotenzyjny z trzustki posiada wybitną zdolność obniżania ciśnienia i to zarówno po wprowadzeniu dożylnem, jak i domięśniowem. Mechanizm spadku ciśnienia polega przedewszystkiem na rozszerzeniu naczyń krwionośnych. Rozszerzeniu temu ulegają zwłaszcza naczynia skórno-

mięśniowe i jelit; naczynia płuc i wątroby pozostają bez zmiany. Ponadto stwierdziliśmy działanie tonizujące na serce, i co szczególnie podnieść należy, działanie rozszerzające naczynia wieńcowe serca. Nie spostrzegaliśmy nigdy ani zmniejszenia siły skurczu i zwolnienia rytmu pracy serca, ani zwiększenia objętości serca.

Badania kliniczne przeprowadziliśmy u 57 stałych chorych z tego u 27 chorych nad działaniem acetylocholiny i u 30 nad działaniem angjoksylu. Rozpoznania kliniczne pierwszej grupy były następujące:

1) Trzech chorych z *morbus Raynaudi*, 2) jeden z *morbus Buergeri*, 3) czterech *claudicatio intermittens arterioscl.*, 4) czterech *hypertensio essentialis*, 5) czterech *nephrosclerosis maligna comp.*, 6) czterech *haemorrhagia cerebri S. S. hemiplegia in indiv. cum arteriosclerosi univ. et hypertonia*, 7) jeden *embolia arteriae dors. pedis in decursu endocarditidis septicae*, 8) jeden *aortitis luetica. Insuf. valv. sem. aortae comp.*, 9) czterech *myodegeneratio cordis chronica in stadio comp.*, 10) jeden *Thrombosis arteriae cent. retinae in indiv. cum arteriosclerosi.*

Rozpoznanie kliniczne u chorych, u których przeprowadzaliśmy badania nad angjoksylem były następujące: 1) 12 chorych z *angina pectoris organica*, 2) 4 z *hypertonia essentialis*, 3) 4 z *claudicatio intermittens arterioscler.*, 4) 2 z *morbus Raynaudi*, 5) 1 z *morbus Buergeri*, 6) 1 z *aortitis luetica. Insuf. valv. sem. aortae comp.*, 7) 1 z *Thrombosis arteriae centralis retinae in indiv. cum arteriosclerosi*, 8) 1 z *Embolia arteriae dors. pedis in decursu endocarditis septicae*, 9) 2 z *myodegeneratio cordis chronica in stad. comp.*, 10) 2 z *gangraena pedis senilis.*

Czas spostrzegania poszczególnych chorych wynosił 42 do 85 dn. Dawka dzienna acetylocholiny wynosiła 0,2 do 0,4 g w ogólnej ilości od 10 do 25 g dla poszczególnych chorych. Dzienna dawka angjoksylu wahała się od 60 do 80 jednostek, w ogólnej ilości 1680 do 2240 jednostek. Poza najdokładniejszą obserwacją kliniczną przeprowadzaliśmy u wszystkich chorych następujące badania, oczywiście, zarówno przed, jak i kilkakrotnie w czasie poszczególnego spostrzegania. Mianowicie:

1) Oznaczaliśmy ciśnienie w tętnicy ramieniowej aparatem Pachona przy uwzględnieniu wskaźnika oscylometrycznego.

2) Ciśnienie w tętniczkach palcowych przyrządem Gaertnera, oraz w kilku przypadkach oznaczaliśmy ciśnienie żylne met. Arnoldiego.

3) Badaliśmy zachowanie się naczyń włosowatych opuszki palców, drogą kapilaroskopji, oraz zachowanie się naczyń siatkówkowych.

4) Wreszcie przeprowadziliśmy badania sfigmobolometryczne, jako kliniczne uzupełnienie badań kardjo-onkometrycznych.

Na podstawie wyników naszych doświadczeń klinicznych, tyczących się działania acekoliny dochodzimy do następujących wniosków:

1) Acetylocholina wprowadzona domięśniowo u osobników z podwyższonem ciśnieniem tętniczem, tak na tle organicznem, jak i czynnościowem powoduje bezpośrednio nieznaczny spadek ciśnienia, wywołany przedewszystkiem przez osłabienie wydajności krążenia; to obniżające działanie acetylocholiny nie występuje stale, bez względu na tło podwyższonego ciśnienia.

2) Przewlekłe domięśniowe stosowanie acekoliny, w przypadkach daleko posuniętych objawów zespołu Raynauda, nadciśnienia tętniczego na tle czynnościowem i organicznem, jak również w przewlekłym zakrzepie, względnie zatorze tętnicy siatkówki i wreszcie w przypadkach porażeń na tle krwotoków mózgowych, nie okazało dodatniego wpływu.

3) Natomiast w jednym przypadku z początkowemi objawami choroby Raynauda, uzyskaliśmy pod wpływem acekoliny dodatni wynik, tak bezpośrednio po zastrzyku, jak i przy dłuższem jej podawaniu; te też stany uważamy za wskazanie do leczenia acetylocholiną przy zupełnie dobrze zachowanej sprawności serca.

4) Badania nasze, podobnie jak i innych, stwierdzały stale doraźnie rozszerzające działanie acekoliny na naczynia siatkówki. To więc działanie acekoliny powinno znaleźć zastosowanie w takich stanach, jak świeży zakrzep, względnie zator tych naczyń.

5) Za bezwzględne przeciwwskazanie stosowania acekoliny uważamy wszystkie stany zwyrodnienia i osłabienia mięśnia sercowego, albowiem badania nasze wykazały, że przyczyna spadku ciśnienia pod wpływem acekoliny, polega, w każdym razie, na czynniku ośrodkowym, w postaci osłabienia wydajności krążenia.

Na podstawie zaś przeprowadzonych badań klinicznych tyczących się angjoksylu dochodzimy do następujących wniosków:

1) Angjoksyl obniża wzmożone ciśnienie tętnicze, tak na tle organicznem, jak i czynnościowem, nie wywiera zaś żadnego wpływu na prawidłowe ciśnienie tętnicze.

2) Działa dodatnio na objawy dusznicy bolesnej, oraz na chromanie przestankowe. Te też stany uważamy za główne wskazania do stosowania angjoksylu.

3) Przeciwwskazań do stosowania angjoksylu nie stwierdzamy żadnych.

Ogólne wnioski.

Na podstawie badań doświadczalnych na zwierzętach i badań klinicznych stwierdzamy, że:

I. *Acetylocholina.*

1) Obniża ciśnienie tętnicze z powodu rozszerzenia naczyń skórno-mięśniowych i jelitowych, oraz z powodu osłabienia sprawności serca (działanie chrono- i inotropiczne ujemne, zwiększenie objętości serca).

2) Zwęża naczynia wieńcowe serca.

3) Wskazaniem dla stosowania acetylocholiny jets początkowy okres choroby Raynauda, oraz świeży zakrzep, względnie zator naczyń siatkówki, przy stale dobrym stanie mięśnia sercowego.

4) Przeciwwskazaniami zastosowania acetylocholiny są stany ze zmianami wstecznemi w mięśniu sercowym i dusznica bolesna.

II. *Angjoksyl.*

1) Obniża ciśnienie tętnicze z powodu rozszerzenia naczyń skórno-mięśniowych i jelitowych.

2) Nie upośledza nigdy wydajności krążenia, a raczej w niektórych przypadkach nieznacznie ją wzmaga.

3) Rozszerza naczynia wieńcowe serca.

4) Rozszerza naczynia siatkówki.

5) Wskazaniami dla stosowania angjoksylu są: dusznica bolesna, organiczna i czynnościowa, wszystkie stany wzmożonego ciśnienia, przedewszystkiem na tle czynnościowem, chromanie przestankowe, oraz świeży zakrzep, względnie zator naczyń siatkówki.

6) Przeciwwskazań do stosowania angjoksylu niema żadnych.

W dyskusji kol. A. Rytel wspomina o dwóch przypadkach mocznicy, powstałej w czasie leczniczego stosowania acetylocholiny.

Kol. W. Orłowski (streszczenie własne). Pierwotny zapał do acekoliny oraz angjoksylu na terenie warszawskim ochłonął. Prawdopodobnie, może nadzieje, w nich pokładane, były zbyt wygórowane. Oczywiście, w niczem to nie obniża bardzo gruntownych badań kol. Felixa. Słusznie jednak prelegent podkreślił, że nie można wyników doświadczeń na zwierzętach przenosić na ludzi. Badania na chorych należy kontynuować nadal, by zdobyć większy materjał, niż ten, którym rozporządzał kol. Tochowicz; dopiero wtenczas będzie można ustalić wartość leczniczą omawianych leków. Zarzuty kol. Rytla nie są słuszne, mocznica bowiem u chorego z marskością nerek może wystąpić niezależnie od tego, czy mu podano acekolinę czy nie. (streszczenie własne).

Kol. Felix stwierdza, iż w 8 przypadkach *nephrosclerosis*, w których kol. Tochowicz stosował acetylocholinę, wystąpienia mocznicy nie zaobserwowano, co jest zrozumiałe, bowiem środek ten raczej rozszerza naczynia nerkowe.

5) Kol. L. Blacher wygłosił odczyt „*W sprawie morfologji i metodyki badania płytek krwi*“ (streszczenie własne).

Na wstępie prelegent podnosi iż w dotychczasowych badaniach płytek we krwi zwracano szczególną uwagę na liczbowe wartości płytek, natomiast jakość płytek z punktu widzenia klinicznego, nawet w przypadkach skazy krwotocznej, nie była przedmiotem badań.

Następnie prelegent podaje krytyczny zarys dotychczasowych metod liczbowego badania płytek we krwi, dłużej zatrzymuje się nad metodą Kochera-Foniu, wskazując na 2 zasadnicze błędy tej metody, a mianowicie: brak możności dokładnego zmieszania krwi z hamującym krzepliwość płynem oraz szkodliwy wpływ cieczy tkankowej na krew. Prelegent opisuje dokładnie własną metodę, która wyklucza wymienione błędy metody Kochera-Fonia i którą posiłkował się przy przeprowadzaniu swoich badań nad płytkami we krwi.

Przystępując do morfologji, prelegent dzieli płytki pod względem wielkości na olbrzymie (megatrombocyty), normalne (normotrombocyty) i małe (mikrotrombocyty); w stosunku do kształtu płytki charakteryzują się wielokształtnością z przewagą pewnych typów płytek we krwi. Bardzo dokładnie prelegent opisuje płytki pod względem budowy i ułożenia w nich chromatyny. W zależności od umiejscowienia chromatyny w płytkach prelegent dzieli płytki na płytki aplazmatyczne i plazmatyczne i każde z nich dzieli na podgrupy w zależności od skłonności do wchłaniania barwika oraz wielkości płytek.

W celu ustalenia płytkogramu normalnego prelegent przeprowadził badania jakościowe płytek u kilkunastu ludzi zdrowych.

Następnie prelegent podaje różne płytkogramy, charakterystyczne dla białaczki, gruźlicy płuc, niedokrwistości złośliwej i choroby Basedowa.

W przypadkach białaczki szpikowej płytkogramy charakteryzują się poza trombopenją liczbową, trombopenją aplazmatyczną ze skłonnością do orto- i hipochromazji oraz ze względną trombocytozą plazmatyczną.

Płytkogramy w przypadkach gruźlicy płuc są przeważnie zależne od stopnia rozwoju choroby: w ciężkich przypadkach gruźlicy płuc płytkogramy charakteryzują się trombocytozą liczbową aplazmatyczną, ze znaczną przewagą płytek ortochromatycznych.

W przypadkach niedokrwistości złośliwej typu Biermera w okresie pogorszenia stanu chorobowego występowała trombopenja z stosunkowo znacznym wzrostem wszystkich składowych części płytkogramu. Zwraca przytem autor uwagę na to, że nienormalny płytkogram wraz z utrzymującą leukopenją z limfocytozą oraz niezwiększająca się liczba retikulocytów mają wielką wartość kliniczną dla rokowania w tych przypadkach.

W obserwowanych przypadkach choroby Basedowa, w 80% przypadków była znaczna trombopenja i tylko w 20% była trombocytoza, przyczem trombocytoza występowała w przypadkach bardzo ciężkich.

Płytkogramy w przypadkach choroby Basedowa z trombopenją wykazywały przewagę płytek aplazmatycznych z utkaniem ortochromatycznem, zarówno liczbowo dużych, jak i małych; w pozostałych przypadkach choroby Basedowa płytkogramy wykazały znaczne odchylenia od normy.

Wnioski: klasyfikacja płytek przeprowadzona na podstawie charakterystycznej budowy płytek ze szczególnem uwzględnieniem części chromatycznej ma wielką wartość kliniczną, wskazuje bowiem istotny stan układu płytkowego; typowe zachowanie się odpowiednich płytkogramów oraz różnorakość liczbowa w różnych jednostkach chorobowych ma wartość kliniczną narówni z innemi danemi klinicznemi, wszelkim bowiem odchyleniom płytkogramów od normy towarzyszą zmiany w innych składnikach krwi; większa liczba płytek achromatycznych lub plazmatycznych świadczyć może o nadmiernej czynności układu płytkowego i o podrażnieniu układów czerwono- i białokrwinkowego.

W dyskusji kol. Komocki podnosi zmienność liczby płytek zależną od metodyki badań. Hoffman podaje np. liczbę płytek 600—900 tys. Mówca wyraża żal, iż Prelegent nie wspominał o swych poprzednikach, którzy próbowali klasyfikować płytki. Aby mówić o kształcie płytek, należy przedewszystkiem zbadać, jak się zachowuje ich kształt, zależnie od sposobów utrwalania, a przedewszystkiem, jak się zachowują przy użyciu klasycznej metody Ehrlicha. Mówca podnosi znaczenie ziarenek azurofilowych w kształtowaniu się wyglądu płytek.

Kol. Galinowski podnosi wartość tych badań, któreby mogły ustalić wiek płytek oraz zwraca uwagę na czynnik subjektywizmu, mogący odegrać rolę w klasyfikacji płytek.

Kol. Blacher uważa ziarnistości azurofilowe za identyczne z ziarenkami megakarjozytarnemi.

Kol. Orłowski (streszczenie własne).

Kol. Blacher nie przytaczał klasyfikacji płytek swoich poprzedników, ograniczam bowiem referaty w naszem Towarzystwie do podania tylko własnych badań, by nie przerywać uwagi słuchaczów i dać im możność lepszego skupienia się nad całym referatem: zyskujemy jednocześnie możność przesłuchania na temże posiedzeniu kilku referatów, co ożywia Towarzystwo. Zarzut jakoby podział kol. Blachera był zbyt skomplikowany, odpadłby, gdyby kol. Blacher przedstawił go na tablicy. Uwaga kol. Komockiego, polecającego utrwalenie preparatów krwi metodą Ehrlicha jest cenna i będzie w dalszych badaniach uwzględniona. Dzisiejszy referat kol. Blachera należy kwalifikować, jako sprawozdanie z dotychczasowych badań, które nie są jeszcze ukończone. (Streszczenie własne).

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 10 listopada 1931 r.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 3 listopada r. b. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do bibljoteki T-wa.

3. Kol. M. Semerau-Siemianowski wygłosił odczyt *„O hipotonji konstytucjonalnej"* (streszczenie własne).

Przedstawiwszy na wstępie historję przeobrażenia się pojęć o pewnych odmianach podciśnienia ze zjawiska o charakterze bardziej wtórnym do czołowego objawu mniej lub więcej scharakteryzowanego zespołu w sensie zapoczątkowanym przez Ferraniniego, prelegent zastanawia się nad przyczynami, które utrudniają dotąd uznanie takiego podciśnienia samoistnego, jako pewnego rodzaju jednostki chorobowej, stanowiącej poniekąd antypod nadciśnienia samoistnego. Przeszkodami temi są: polimorfizm objawowy, duża liczba spraw chorobowych, wywołujących wtórne obniżenie ciśnienia, mniejsza możliwość wahania ciśnienia tętniczego poniżej normy, niż powyżej, oraz nie zawsze wyraźnie zaznaczanie się podciśnienia. Mimo to wydaje się S. S. możliwem, a nawet wskazanem dla celów klinicznych, przyjęcie podciśnienia samoistnego, jako głównego objawu zespołu, wyrażającego swoiste upośledzenie całego ustroju, o ile na miejscu poprzedniego pojęcia hipotenzji wprowadzi się nadrzędne pojęcie hipotonji, a przymiotnik „esencjalna" zastąpi się więcej mówiącem określeniem „konstytucjonalna". Odpowiednio do takiego założenia S. S. przedstawia zagadnienie hipotonji konstytucjonalnej (h. k.) na podstawie danych z piśmiennictwa i własnego materjału obserwacji, obejmującego 220 przypadków zabranych w ciągu ostatnich 3 i pół lat.

Przechodząc z kolei do niektórych cyfr statystycznych, S. S. omawia dane dotyczące płci chorych na h. k .(około 75% kobiet we własnym materjale ambulatoryjnym), wieku, typu konstytucjonalnego (przewaga typu astenicznego), rasy (przewaga we własnych cyfrach rasy semickiej) i częstości cierpienia. Co do częstości cierpienia, która w jego materjale (prawie wyłącznie ambulatoryjnym) wynosi 12% chorych, S.-S. stwierdza pewne jej stopniowe wzmaganie się w ostatnich latach — niezależnie od nastawienia się badających — które wiąże z pogorszonemi warunkami bytu, a także i czynnikami atmosferyczno-kosmicznemi.

W dziedzinie symptomatologji podmiotowej wysuwają się na plan przedni, wielka wyczerpliwość mięśniowa, bóle i zawroty głowy, często posunięte do omdleń, ziębnięcie kończyn, różne przykre sensacje sercowe i t. p. Z objawów przedmiotowych zostaje omówione naprzód czołowe zjawisko obniżenia ciśnienia tętniczego, którego granice, różnie traktowane przez poszczególnych autorów, zdaniem prelegenta winny być indywidualnie ujęte w każdym poszczególnym przypadku. Z dalszych objawów krążeniowych, S. S. rozpatruje kolejno ciśnienie minimalne, zjawiska wysłuchowe nad naczyniami obwodowemi, wskaźnik oscylometryczny, ciśnienie żylne, dane kapilaroskopowe, bardzo często, zwłaszcza u kobiet, spotykaną akrocyjanozę, wreszcie zachowanie się serca. W związku z tem poddany zostaje krytyce podział Luisady na hipotoników i hiposfiktyków oraz uzasadnienie tetrady objawowej Liana i Blondela. Obok objawów krążenia przedstawia prelegent przesunięcia w układzie trawiennym i znamiona h. k. w obrębie psychiki, które bynajmniej nie są tylko funkcją obniżonego krążenia, lecz właściwości konstytucjonalnych.

W opisie przebiegu klinicznego trzyma się S. S. podziału autorów francuskich: na typ utajony, typ przewlekły i typ napadowy. Szczególną uwagę zwraca przytem na często wadliwe interpretowany typ napadowy, spotykany przez niego w 21% materjału własnego i kilkakrotnie już na innym miejscu rozpatrywany. Część kliniczną kończy rozdział, zajmujący się stosunkiem h. k. do innych spraw krążeniowych, jak nadciśnienie samoistne, miażdżyca, dławica piersiowa, niedomoga serca i przypadłości w układzie żylnym.

Sprawa etjologji przedstawia się ciemno, gdyż nie jest dotąd należycie badana. Obok nieuchwytnych jeszcze czynników konstytucyjnych, znajdujących swój wyraz w obserwowanym również przez prelegenta rodzinnym występowaniu zespołu, wymienia się tu wpływ przebytych dawniej chorób zakaźnych, stan gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, nastawienie układu roślinnego, sport, rasa, i t. p. Podobnie ma się rzecz z patogenezą, co do której jedynie w stosunku do czołowego objawu podciśnienia i jego wahań, spotykamy się z próbami wyświetlenia. W tym względzie przytacza S. S. szereg momentów przyrody humoralnej, neurowegetatywnej, mechaniczno-odruchowej i termicznej.

Rozpoznanie winno się opierać na wszystkich wymienionych poprzednio objawach podmiotowych i przedmiotowych, nietylko na podciśnieniu, które może z różnych przyczyn być słabiej zaznaczone, samo zaś badanie ciśnienia wymaga odpowiedniego krytycyzmu i zachowania środków ostrożności. Naturalnie, wykluczyć przytem należy drogą sumiennego różniczkowania wszystkie stany, prowadzące do hipotonji objawowej, jak utajone postacie gruźlicy i kiły, niedomogi nadnercza, wczesne stany niedomogi krążeniowej i miażdżycy, rozedma płuc i t. p.

Rokowanie w przypadkach lekkich i średnich, co do życia dobre, pod względem samopoczucia i wydolności ogólnej budzi różne zastrzeżenia. Większa ostrożność zalecana jest w przypadkach cięższych — zwłaszcza typu hiposfiktyków Luisady — które wobec ostrych chorób zakaźnych i zabiegów operacyjnych ujawniają często małą odporność.

Leczenie, w stanach lekkich zbędne, wymaga przy większych dolegliwościach przedewszystkiem odpowiedniego ułożenia warunków pracy, zalecanie częstych wypoczynków, unikanie używek (z wyjątkiem czarnej kawy) i nikotyny oraz odpowiedniego tre-

nowania krążenia. Ze środków farmakologicznych największe przysługi oddaje stosowanie strychniny, w dawkach znaczniejszych (od 3—6 mg) i w zastrzykach podskórnych, następnie arszenik pod różnemi postaciami, glicerofosforany, kola i t. p. Z dziedziny opoterapji dobre niekiedy wyniki daje podawanie adrenaliny, a bardziej jeszcze efetoniny lub efedryny, oraz wyciągi przysadki i, u kobiet, przetwory jajnikowe (w młodszym wieku ciała żółtego, w okresie klimakterycznym całego gruczoła). W stanach hiposfikcji paroksyzmalnej przedewszystkiem wskazane są zabiegi rozgrzewające i pobudzające krążenie obwodowe, jak kamfora i jej namiastki, a także alkohol.

4. *Dyskusja.*

Kol. Filiński poddaje w wątpliwość potrzebę stworzenia zespołu hipotonji; krytykuje poglądy, uzależniające zmiany zachodzące w ustroju od zjawisk atmosferycznych. Częstość powstawania zakrzepów w czasach obecnych wiąże mówca z częstszym stosowaniem dożylnem leków. Hipotonicy, zgodnie z poglądem Sochańskiego, nie są typami jednolitemi pod względem psychicznym.

Kol. Tokarski rozpatrując patogenezę hipotonji, uważa ją za nie dającą się w rozważaniach oddzielić od hipertonji i tej ostatniej poświęca swoje przemówienie. Wspomina o leczeniu obu tych stanów przy pomocy kąpieli.

Kol. Gorecki (streszczenie własne). G. nie może zgodzić się całkowicie z zastrzeżeniami Kol. Filińskiego. Trudno wprawdzie mówić już dziś o podciśnieniu, jako o *jednostce chorobowej*, niewątpliwie jednak istnieje *zespół* chorobowy, na który składa się szereg objawów podmiotowych i przedmiotowych. Zespół ten jest niedostatecznie poznany dlatego przedewszystkiem, że badania nad nim są niedawne, gdyż zaledwo pięcioletnie. Pomijając już teoretyczne względy, przemawiające za wyodrębnieniem podciśnienia, jako zespołu chorobowego, wyodrębnienie to jest uzasadnione ze stanowiska czysto klinicznego, które ma na celu dobro chorego. Dzięki temu wyodrębnieniu i poznawaniu zespołu podciśnieniowego, umiemy dziś leczyć, względnie przynosić prawdziwą ulgę takim chorym, którzy dotychczas rozpoznaniem „neurastenja“, poddawani byli leczeniu, często nawet szkodliwemu. Rozpoznanie „neurastenja“ mieści w sobie tak rozmaite cierpienia, że powitać należy z uznaniem każdy krok, który uszczupla liczbę chorych, noszących to piętno.

Oczywiście, że obniżenie ciśnienia tętniczego nie tłumaczy wszystkich objawów i skarg w zespole hipotonji, gdyż jest to tylko jeden z objawów, co prawda najłatwiej dający się stwierdzić przedmiotowo. Z drugiej strony tłumaczenie objawów chorobowych w zespole współciśnieniowym zaburzeniami w wymianie gazowej między krwią w naczyniach włosowatych, a tkankami ustroju, czego dotychczas nie wykazano, jak twierdzi słusznie kol. Filiński, nie wyczerpuje wszystkich problemów wymiany (np. krystaloidów, koloidów, wody i t. d.) między krwią a tkankami. A pod tym względem nie znamy nic prawie i to nietylko w odniesieniu do hipotonji. Dopiero dalsze badania mogą to ustalić, a dziś uczynimy może lepiej uznając ten zespół, — lepiej dla chorych i dla nauki, mając nową podnietę do badań w tym kierunku.

Kol. G. od lat śledzi za tym zespołem i przyłączając się do wywodów prelegenta, stwierdza, że zespół podciśnieniowy spotyka się względnie często. Kol. G. zwraca uwagę szczególnie na lekką postać hipotonji, na chorych ambulatoryjnych, których skargi są bardzo typowe. Znając omawiany zespół, już na podstawie wywiadów można podejrzewać jego istnienie, gdyż ci chorzy podają nieraz, że leki i używki, podnoszące ciśnienie krwi i wzmagające sprawność ośrodkowego układu nerwowego, przynoszą im ulgę. Tacy chorzy chętnie przyjmują Kola, używają kawy czarnej lub mocnej herbaty. Ponieważ jednym z zasadniczych i najbardziej przedmiotowym sprawdzianem istnienia zespołu hipotonji jest oznaczanie ciśnienia tętniczego, przeto należy zwrócić uwagę na warunki oznaczania tego ciśnienia, zwłaszcza u chorych chodzących. Nieraz chorzy ci nie wykazują obniżenia ciśnienia, gdyż wskutek podniecenia badaniem lekarskiem, wysiłkami fizycznemi i t. d. ciśnienie to podnosi się, jak to u wszystkich bywa i maskuje podciśnienie. Dlatego oznaczenie ciśnienia krwi winno odbywać się wówczas, gdy chory jest niepodniecony i wypoczęty, czasem należy kilkakrotnie oznaczyć ciśnienie w przypadkach podejrzanych. Wreszcie kol. G. podkreśla, że sposoby leczenia i postępowania, podane przez prelegenta są istotnie skuteczne, o czem sam niejednokrotnie mógł się przekonać:

Kol. Mikułowski (streszczenie własne) stwierdza, że w dyskusji zarysowała się tendencja kwestjonująca autonomję kliniczną hipotonji konstytucjonalnej — i tem samem kwestjonująca prawo prelegenta do wyróżnienia tego zespołu chorobowego. Tendencja ta ma swoje źródło w rozmaitej interpretacji i definicji pojęcia hipotonji konstytucjonalnej. Idealnem pojęciem hipotonji idjopatycznej — byłaby hipotonja samodzielna, ograniczona do układu naczyniowego — niezależna od innych układów, nie powodująca w skutku żadnych innych objawów chorobowych i podlegająca przypadkowemu tylko odkryciu lekarza.

Brak dolegliwości chorobowych i przypadkowość odkrytego fenomenu patologicznego nie mogą być przyczyną do kwestjonowania realności autonomji klinicznej hipotonji, bo jest dużo organicznych i funkcjonalnych schorzeń bardzo autonomicznych, a jednak odkrywanych przez lekarza zupełnie przypadkowo.

Troisier opisał w *Annales de Médécine* przypadek konstytucjonalnej, wrodzonej i rodzinnej, stałej — gorączki (do 39° w kiszce) u mężczyzny zupełnie zdrowego. Jest to przykład na hipertermję konstytucjonalną — niezależną od żadnych czynników i nie powodującą żadnych skutków chorobowych.

Jak istnieją takie hipertermje odosobnione, podobnie istnieją hipotonje idealnie czyste i konstytucjonalne, niezależnie od żadnych uszkodzeń ustroju, nie powodujące dolegliwości i również podlegające przypadkowemu tylko przez lekarza odkryciu. Oprócz tego jednak idealnego pojęcia czystej hipotonji — hipotenzji — istnieją też różne stany hipotoniczne, które ze względu na swoje dotkliwe dla chorego skutki złożyły się z biegiem lat na treść, stopniowo rozszerzającą ramy, uprzednio ciasnego pojęcia hipotonji naczyniowej. I tak Ferrannini wprowadza termin *supplice de Tantale* dla uschematyzowania skutków anomalji kardjosysto- i diastolicznej, a mianowicie gdy hipotonji naczyniowej towarzyszy eretyzm sercowy i gdy, w następstwie, dochodzi do stanu nagłej hiperemji podczas skurczu serca a do nagłej ischemji podczas rozkurczu.

Lian i Blondel rozpatrują swój zespół: akrocyjanozy, astenji mięśniowej i anemji mózgowej — jako skutek hipotonji. Te skutki chorobowe hipotonji złożyły się na cenną treść skąpego pierwotnie zespołu.

Podobnie Martinet rozszerza pojęcie hipotonji, prowadzące do hipokrynji i pod nazwą hiposfiksji rozumie nie samą hipotenzję ale i hipokrynję, jako wyraz źle przez krew przemywanych gruczołów dokrewnych, narażonych wskutek tego na hipofunkcję. Martinet terminem hiposfiksji obejmuje także przypadki, w których podwyższonej lepkości odpowiada nietylko obniżone, ale i normalne ciśnienie krwi.

Mikułowski stwierdza, że w 1926 r. demonstrował w Warsz. Tow. Lek. rzadko ciężki przypadek leczonej pomyślnie hiposfiksji neuro-trawiennej u chłopca 13-letniego, i równocześnie ogłosił kilka prac o hiposfiksji u dzieci w Pedj. Pol. i w Pol. Gaz. Lek. W przypadkach hipotonji u dzieci uzyskiwał doskonałe wyniki, stosując opoterapję, szczególnie adrenalinę i tyroidynę.

Kisch stwierdzał częstość hipotonji u osobników o typie limfatycznym (z zaparciem stolca, nudnościami, limfocytozą krwi i przerostem migdałków). Chorzy tacy mogą być skutecznie leczeni także przez laryngologów.

Stein, uwzględniający zewnątrzpochodne czynniki w powstawaniu hipotonji, zwraca uwagę na rolę *coitus interruptus.*

W związku ze wspomnianym przez kol. Filińskiego problemem obecnej częstości zakrzepów — Mikułowski przypomina o pojęciu *Kummerherz* (Sellheim) t. j. o roli niedostatków w okresie powojennym, której niemieccy autorowie chcą przypisać we wspomnianem zagadnieniu częstości zakrzepów — pewną rolę przyczynową.

Kol. E. Reicher (streszczenie własne). Uważa, że wyodrębnienie podciśnienia tętniczego posiada duże kliniczne znaczenie. Trudno jest stwierdzić, że względnie nieznaczne obniżenie ciśnienia, które już określa się mianem podciśnienia może, tak samo, nie mieć znaczenia, jak podobne wahania ciśnienia w sensie jego podwyższenia, jak to twierdził p. docent Filiński. Najlepszym dowodem, że i względnie niewielkie podwyższenia ciśnienia mają również swe znaczenie, jest fakt, że przy pracy ustrój przystosowuje się do wzmożonych wymagań, między innemi mechanizmami, i przez podobne, a niezbyt wielkie podwyższenia ciśnienia. Kliniczne znaczenie objawu podciśnienia tętniczego polega głównie na tem, że pozwala na zastosowanie odpowiedniego leczenia w postaci wstrzykiwań strychniny, co w tych przypadkach posiada istotnie często działanie dodatnie. Ważnem jest szczególnie z punktu widzenia praktycznego, aby ciśnienie krwi było określone prawidłowo t. j. po zupełnem uspokojeniu się badanego; wtedy możliwie częściej stwierdzać się będzie podciśnienia tętnicze.

Kol. Filiński podnosi raz jeszcze znaczenie naczyń włosowatych w regulacji ciśnienia krwi oraz podkreśla obecność u dzieci niskiego ciśnienia w warunkach prawidłowych.

Kol. W. Orłowski (streszczenie własne). Zapytuje prelegenta o zachowaniu się w jego przypadkach hipotonji średniego ciśnienia tętniczego w pojęciu Vaqueza i, poruszając teorję Wenckebacha powstawania dusznicy bolesnej, przeciwstawiającą się utartym poglądom, rzuca myśl czy nie da się ona zastosować

i dla wytłumaczenia patogenezy dławicy piersiowej u osób z hipotonją konstytucjonalną. Zdaniem mówcy, przedwcześnie jeszcze uznawać hipotonję za oddzielną jednostkę chorobową lub za odrębny zespół chorobowy, objawy bowiem, spostrzegane u hipotoników, są obserwowane również i u osób z nadciśnieniem tętniczem oraz z ciśnieniem prawidłowem, ponadto hipotonja może, i nieraz spostrzega się, u osób zupełnie zdrowych. Mówca rzuca myśl, że hipotonja konstytucjonalna może być pewnym stygmatem, któremu mogą nie towarzyszyć inne objawy, który jednak może sprzyjać częstszemu występowaniu pewnych dolegliwości oraz stanów chorobowych, takich, jak np. *status asthenicus*, które, nie będąc ani jednostką ani zespołem chorobowym usposabiają do czynnościowych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Sprawa hipotonji konstytucjonalnej wymaga dalszych badań, a w ocenie ich wyników należy zachować większą ostrożność, nie spieszyć się z niedość uzasadnionemi wnioskami. Z tego stanowiska mówca nie może np. przychylić się do wygłoszonego przez jednego z przedmówców zdania, że poprawa samopoczucia po wypiciu kawy powinna skierować uwagę, czy niema się do czynienia z hipotonją.

Kol. M. Semerau-Siemianowski (streszczenie własne). Przypomina w odpowiedzi kol. Filińskiemu, że w wykładzie swoim poruszał kwestję hipotonji konstytucjonalnej, nietylko hipotenzji i wyraźnie podnosił udział wszystkich tkanek w tym zespole. Podciśnienie było tu zatem potraktowane, jako jedno ze zjawisk współrzędnych, wynikających z hipotonji, które z powodu stosunkowo łatwego ustalenia jego, wysuwa się na pierwszy plan, lecz bynajmniej nie jest jedyną przyczyną pozostałych objawów zespołu. W tych warunkach krytyczne rozpatrywanie przez kol. F. symptomatologji hipotonji konstytucjonalnej pod kątem widzenia podciśnienia traci zupełnie swe uzasadnienie. Tem niemniej wahania w dół ciśnienia tętniczego pod wpływem różnych czynników wewnętrznych i zewnętrznych mogą wzmagać inne przejawy zespołu i pogorszyć ogólny stan. Fakt, że te wahania, jak twierdzi kol. F. są stosunkowo nieznaczne w porównaniu z hipertenzją esencjalną, bynajmniej temu nie przeczy; albowiem przy tak krańcowo obniżonem ciśnieniu, do granic spotykanych fizjologicznie jedynie w wieku dziecięcym, każde najdrobniejsze odchylenie od mozolnie utrzymywanego poziomu jest w stanie wywołać większe zaburzenia.

Również nie może się S.-S. żadną miarą zgodzić z kol. F., by wyraźniejsze pogorszenia krążenia obwodowego w hipotonji konstytucjonalnej miały być wyrazem początkującej niedomogi serca. Przeciwstawia się takiemu ujęciu sprawy całe życie większości tych chorych i ich wydolność sercowa, zwłaszcza w ruchu, która tylko w rzadkich wyjątkach pod wpływem czynników dodatkowych ulega załamaniu.

Wreszcie myli się kolega F. przedstawiając większą częstość spraw zakrzepowych w żyłach ostatnich lat, jako skutek wzmożonego rozpowszechnienia zastrzyków dożylnych. Wspomniana w wykładzie statystyka Morawitz'a, ale także i innych badaczy, przeczy temu formalnie.

Co się tyczy samego zespołu chorobowego hipotonji konstytucjonalnej, można gu uznawać lub nie, lecz każdego trzeźwo obserwującego klinicystę uderzać będzie wielka liczba chorych z powtarzającemi się stereotypowo wyżej wspomnianemi objawami i dolegliwościami, a dla których w ramach dotychczasowej klasyfikacja nie było poza neurastenją lub histerją odpowiedniego miejsca. Potwierdzają to przemówienie kol. Goreckiego i kol. Reicherówny, których treść zupełnie odpowiada poglądom prelegenta.

Parę słów jeszcze o czynnikach atmosferyczno-kosmicznych. S.-S. wyraził możliwość ich zadziałania w kierunku częstszego powstawania hipotonji konstytucjonalnej w ostatnich latach, podobnie jak i innych stanów, zwanych patomorfozami. Ponieważ poza własnemi spostrzeżeniami powoływał się S.-S. i na szereg danych z piśmiennictwa, proste kwestjonowanie tych faktów przez kol. F. nie wydaje się prelegentowi wystarczającym dowodem.

Wobec kol. Tokarskiego, który właściwie mówił o stanach hipertenzji, S.-S. miałby jedynie zastrzeżenia, co do leczenia hipotonji konstytucjonalnej gorącemi kąpielami i wycieraniem szczotkami. Oba zabiegi są zdaniem prelegenta zbyt gwałtowne i po przejściowej poprawie mogą spowodować tem większe pogorszenie.

Z kol. Mikułowskim nie dzielą prelegenta żadne większe różnice zdań. Możliwość pewnej niedomogi nadnerczy w patogenezie hipotonji konstytucjonalnej została w wykładzie parokrotnie poruszaną.

Prof. Orłowski postawił dwa pytania. Na pierwsze pytanie, czy w badaniach zostało uwzględnione ciśnienie średnie (*tension moyenne* Vaqueza) prelegent odpowiada ujemnie, gdyż sprawa ciśnienia średniego jest świeżej daty, a badania własne rozpoczęte były już przed trzema i pół laty. W odpowiedzi na drugie pytanie, dotyczące stosunku hipotonji konstytucjonalnej do dławicy bolesnej, prelegent zaznacza, że na podstawie własnych spostrzeżeń i prac innych autorów stwierdził tylko zbieżność obu spraw, która mogła być tłumaczoną ischemizującym wpływem podciśnienia. Interpretacja taka odbiega od koncepcji Wenckebacha, która zresztą w tym względzie jest dość odosobnioną. Co się tyczy wyrażonej przez Prof. O. myśli, że podciśnienie mogłoby być tu uważane za stygmat, który zależnie od takich, czy innych warunków prowadzi do opisanego zespołu, ale nie musi, to S.-S. uważa za zajmującą próbę pogodzenia różnych sprzeczności w obrazie omawianego cierpienia. Prelegent jest jednak zdania, że takim stygmatem jest raczej nadrzędne pojęcie hipotonji.

Sekretarz Doroczny: *J. Roguski.* Prezes: *W. Orłowski.*

LIST DO REDAKCJI.

Uwagi do projektu „Kodeksu Deontologji Lekarskiej".

Stosownie do życzenia Naczelnej Izby Lek. kreślę kilka uwag w sprawie wyżej wspomnianego kodeksu i przystępuję odrazu *in medias res.* Uwagi swe ograniczam do zasady 19, która mówi, że lekarzowi nie wolno wyznaczać honorarjum niższego od norm cennika urzędowego. Zasada wydaje mi się słuszną, nie słusznym jednak jest cennik urzędowy, który swego czasu ogłosiły Izby Lekarskie, a z którym nikt się z lekarzy nie liczy. Przyczyny tego stanu rzeczy dopatruję się w istocie cennika, który — jak to zresztą zaznaczono — nie jest maksymalny, ani minimalny, a zatem przestaje być *sensu stricto cennikiem.* Otóż pierwsza rzecz, nad którą trzeba zastanowić się, to pytanie, czy cennik wogóle dla lekarzy jest potrzebny? — a jeśli tak, to dla jakiego celu. Jeżeli cennik ma bronić obywateli przed wyzyskiem lekarza, to należałoby ułożyć cennik maksymalny, podobnie jak się układa cennik dla piekarzy; jeżeli natomiast cennik ma za zadanie obronić stan lekarski przed wyzyskiem i zapobiec ubliżeniu godności lekarskiej, to należy opracować cennik minimalny. Cennik maksymalny jest teoretycznie do pomyślenia, mógłby nawet mieć znaczenie dla ferowania wyroków sądowych przez Izby Lekarskie, w praktyce jednak cennik taki jako nierealny uważam za niepotrzebny. Pozostaje więc tylko cennik minimalny do przyjęcia, który regulowałby i zapewniał minimum należności dla lekarza i to pod groźbą ewentualnych konsekwencyj.

Na dzisiejsze czasy cennik taki wyobrażam sobie w sposób następujący: na wstępie winno być zaznaczone, że podstawą wynagrodzenia za wszelkie usługi lekarskie powinna być w każdym poszczególnym wypadku dobrowolna umowa, jednak nie wolno nigdy lekarzowi pobrać ceny niższej od ustalonej następującej normy:

1) pierwsza porada w domu lekarza 4 zł,
2) następne porady w tej samej chorobie w domu lek. w ilości ogólnej do 4 wizyt po 3 zł,
3) następne porady — jak pod 2) w ilości ponad 4 wiz. po 1.50 zł, jednak leczenie narządów rodnych (męsk. i kobiec.) po 2 zł,
4) porada w domu chorego w promieniu $^1/_2$ km 5 zł,
5) każda następna w tej samej chorobie o 25% mniej,
6) za wyjazd do chorego i stratę czasu do 1 godz. 10 zł,
7) za wyjazd do chorego i stratę czasu $1^1/_2$ godz. 15 zł,
8) za wyjazd do chorego i stratę czasu do 2 godz. 20 zł,
9) za wyjazd do chorego i stratę czasu do 3 godz. 25 zł,
10) za wyjazd jak pod 6) i stratę czasu 4 godz. 30 zł.

Do cen od 1—10 włącznie lekarz osobno dolicza cenę za poród normalny, za zabiegi i materjał lekarski; powyżej $^1/_2$ km odległości od domu lekarza, lekarz może żądać środków lokomocyjnych na koszt interesowanego; w porze nocnej należności od 1—10 wzrastają o 100%.

II. Niektóre zabiegi:

a) jeden zastrzyk podskórny lub domięśniowy bez materjału 1.50 zł,
b) 12 zastrzyków podskórnych lub domięśn. 15 zł,
c) 15 zastrzyków podskórnych lub domięśn. 20 zł,
d) 20 zastrzyków podskórnych (wścieklizna) 25 zł,
e) jeden zastrzyk dożylny 4 zł,
f) zmiana opatrunku (bez materj.) 2 zł,
g) świadectwo lekarskie (t. j. zabieg piórem!) 5 zł.

Oczywiście cennik może być jeszcze szczegółowszy, (chociaż bardzo szczegółowy cennik nie uważam za rzecz wskazaną), mogą też być wstawione i inne ceny, przypominam tylko, że cennik jest minimalny, od którego lekarzowi odstąpić nie wolno, poniżej norm cennika pozostawałyby lekarzowi tylko dwie możliwości albo bezpłatna porada albo droga sądowo-egzekucyjna wobec pacjenta i dlatego stawki należy dać, jak najniższe, trzeba też pamiętać na ciężkie stosunki materjalne ludności jak też i lekarzy. Cennik minimalny winien być jednakowy dla wszystkich lekarzy w Polsce, gdyż chodzi tu o takie ceny, które nie przynosiłyby ujmy lekarzowi. W końcu cennik taki najlepiej byłoby wydać na kartonie w formie dowodu osobistego tj. 8×10 cm przystosowanej do noszenia w portfelu. Projekt cennika powinien być ogłoszony w Dzienniku Lekarskim i być przedmiotem ogólnej dyskusji.

Dr. med. L. E. Kozaniewicz (Gródek Jag.).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 9 lutego 1932 r. o godz. 8 wiecz. punktualnie. 1) Radliński Z. Leczenie chirurgiczne nowotworów płuc. — 2) Filiński Wł. W sprawie leczenia nowotworów złośliwych klatki piersiowej. — 3) 3) Lauber J. Obrazy wziernikowe oka w świetle bezczerwiennem i ich znaczenie dla medycyny wewnętrznej i neurologji.

Kurs dokształcający dla lekarzy, organizowany przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, odbędzie się w czasie od 3. IV. do 16. IV. 1932 r. przy współudziale profesorów i docentów Uniw. Warsz. Poza wykładami odbędą się również kursy seminaryjne z diagnostyki i terapji ważniejszych działów medycyny. Wszelkich informacyj udziela sekretarz Kursu dr. Mieczysław Czyżewski — I Klinika Chirurgiczna, Nowogrodzka 59, tel. 664—70. Szczegółowy program zostanie podany do wiadomości w najbliższym czasie.

Państwowa Szkoła Higjeny, Warszawa, Chocimska 24 donosi: W połowie lutego przybędzie do Warszawy bakterjolog chiński, Dr. M. Y. Dzen, szef miejskiej pracowni bakterjologicznej w Szanghaju. Dr. Dzen pragnie zapoznać się z zagadnieniami produkcji i kontroli surowic i szczepionek w Państwowym Zakładzie Higjeny w Polsce, w celu organizacji takiegoż zakładu w Chinach. Z Polski Dr. Dzen udaje się do Londynu.

Dnia 15 lutego r. b. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higjeny 8-y tygodniowy kurs orzecznictwa lekarskiego. Wykłady odbywać się będą codziennie, prócz sobót i świąt, w godzinach od 19—21. Zapisy na kurs przyjmuje i informacyj udziela Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny, Chocimska 24.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę, dnia 3 lutego b. r. o godzinie 7 wieczorem odbyło się w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4, zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracje chorych z Oddziału VI Szpitala św. Łazarza. (Kol. Gradziński: Przypadek paralysis ascendens Landry). 2) Odczyt Kol. Z. Landaua: „Leczenie humoralne pląsawicy ciężarnych" (z przestawieniem przypadków). 3) Odczyt Doc. Dr. E. Brzezickiego: „Patogeneza udarów mózgowych".

Poradnia dla dzieci. Z dniem 1 lutego br. otwartą została w Krakowie poradnia wychowawczo-lecznicza dla dzieci i młodzieży szkół powszechnych, średnich, ogólno-kształcących i zawodowych. Poradnię organizuje Związek lekarzy Kas chorych w Krakowie wraz ze Związkiem Wirunów. Celem i zadaniem poradni jest udzielanie rad i wskazówek młodzieży, rodzicom i wychowawcom w wypadkach trudności i konfliktów wychowawczych, powstających na gruncie szkoły lub domu. Kierownictwo poradni pozostaje w rękach kwalifikowanych lekarzy i pedagogów ze współudziałem p. prof. U. J. Mysłakowskiego Zygmunta i p. Dr. Medyńskiego Władysława. Poradnia narazie będzie czynna we środy od godz. 4—5 w lokalu okr. Zw. Kas chorych ul. Batorego 5 (parter na prawo). Łącznie z organizacją poradni przygotowuje się praktyczny kurs wychowawczy dla rodziców, obejmujący podstawowe zagadnienia opieki nad dzieckiem w okresie szkolnym.

Poznań.

W Zakładzie Anatomji Patolog. U. P. Kozia 9 odbyło się II. Posiedzenie Wydziału Lekarskiego wspólnie z Towarzystwem Patologów Polskich (Sekcja Poznańska), w piątek dnia 5 lutego o godz. 20.15. Porządek dzienny: 1) Komunikaty Zarządu. 2) Pokazy. 3) Komunikaty. — I. Dr. Konkolewski: a) Przebicie zserowaciałych gruczołów chłonnych do przełyku i oskrzela; b) Przypadek oskrzela tchawiczego wraz z oddzielnym płatem płuca prawego; c) Mnogie uchyłki żołądka i jelita grubego; d) Torbiel opony miękkiej; e) Przypadek wągrów opon miękkich i prawej komory mózgowej. — II. Dr. J. Zeyland: a) Sclerosis endocardii fibrosis myocardii u dziecka 17 miesięcznego; b) t. zw. brionchioma świnek morskich; c) Mięsień gładki w opłucnej świniek morskich. — III. Dr. Stasińska i Dr. Stojałowski: Śródbłoniak złośliwy spojówki. — IV. Dr. Alkiewicz Jan: Przypadek piaszczaka skóry głowy (Psammoma).

Z kraju.

Nowiny Społeczno-lekarskie ogłaszają w numerze z 15 grudnia u. r. następujące deklaracje tyczące się sprawy osobistej Dr. Alberta Perlmana z Góry Kalwarji powiatu Grójeckiego: Okrąg Warszawsko-Białostocki. Obwód Grójecki. Deklaracja. Zmuszony warunkami materjalnemi, przyjąłem swego czasu posadę w Kasie Chorych w Radomiu podczas zatargu Związku Lek. P. P. z Zarządem Radomskiej Kasy Chorych. Naraziłem się przez to na znaczne przykrości tak podczas pracy w Radomskiej Kasie Chorych, jak i po opuszczeniu tej posady, co nastąpiło jeszcze 1 lutego 1930 r. Proszę zatem o ostateczne zlikwidowanie tej sprawy, o przyjęcie do Związku Lekarzy P. P., o publiczne zrehabilitowanie mnie przez odpowiednie ogłoszenie w czasopismach lekarskich. Góra Kalwarja, I. VII. 1931. (podpis) Dr. *Albert Perlman.*

Do Związku Lekarzy Państwa Polskiego w Grójcu. W uzupełnieniu swej deklaracji przesłanej przed kilku tygodniami, wyrażam żal z powodu sprawy Radomskiej i uprzejmie proszę o ostateczne zakończenie tej sprawy. Góra Kalwarja, 19. VIII. 1931 r. Z poważaniem Dr. *Albert Perlman.*

Oświadczenie Obwodu Grójeckiego Związku Lekarzy P. P. Na skutek powyższych oświadczeń Zarząd Obwodu Grójeckiego Związku Lekarzy P. P. na posiedzeniu w dniu 26. VIII. 1931 r. uchwalił dr. Alberta Perlmana zwolnić od bojkotu towarzyskiego i przywrócić natychmiast do czci koleżeńskiej. Prezes: (—) Dr. *Józef Mulewicz.* Sekretarz: (—) *Dr. Zaleski.*

Ze świata.

Oddział dla sercowo chorych. W Londynie w jednym ze szpitali otworzono specjalnie urządzony oddział dla dotkniętych chorobami serca. Jest to pierwszy w Europie ze szpitali ogólnych, który posiadł specjalny oddział dla chorób serca.

Zmarli.

26. stycznia 1932, zmarł w Berlinie w wieku 56 lat prof. Ernest Friedberger, dyrektor Instytutu higjenicznego i serologicznego w Dahlem. Wybitna, nie ulegająca sugestjom ogólnie przyjmowanych pewników nauki o odporności, indywidualność zmarłego uczonego była przez długie lata ośrodkiem zażartych sporów naukowych. Wystarczy choćby przypomnieć jego spór z Pfeifferem o istotę endotoksyn (jadów śródkomórkowych), jego prace nad przewrażliwością, jego spór z Kollem i całą oficjalną naukę niemiecką o wartość — zdaniem jego żadną, szczepień ochronnych przeciw durowi brzusznemu, cholerze i t. p. Jeszcze pod koniec roku ubiegłego wywołał ogólne poruszenie artykułem, w którym odmawia jakiegokolwiek swoistego działania surowicy antytoksycznej błoniczej, uważając za rzecz z gruntu mylną przypuszczenie, jakoby błonica u człowieka była wywołaną temi samemi jadami, któremi wywołujemy zatrucie świnki morskiej, wstrzykując jej przesącz płynnej hodowli maczugowca błonicy. Wraz z Pfeifferem wydał też dobry, ogólnie znany podręcznik mikrobiologji.

Redakcja otrzymała.

L'enseignement médical en France. Paris 1932.

Fiumel A. Ratownictwo w zatruciach.

W. Mikulowski. Infantilismus renalis. Odb. z Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. CXXXIV. 1932.

W. Mikulowski. Du role de la syphilis dans l'étiologie de la dilatation des bronches chez les enfants. Odb. z Revue de pediatrie, tome VII, nr. 5, 1931.

M. Ungar. Odkrycie zaczynu oddychania — dzieło O. Warburga, laureata nagrody Nobla. Odb. z Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego, nr. 52 z r. 1931.